



Comité d'examen des décès d'enfants

**Bilan des travaux
2023-2024**

Table des matières

1. Bref historique	1
2. Mandat.....	2
3. Rencontres	3
4. Liste des membres	4
5. Résumé des travaux et constats.....	5
6. Recommandations	7
7. Prochaines étapes	7

1. Bref historique

Bien que le Comité d'examen des décès d'enfants (ci-après, « Comité ») ait officiellement vu le jour au début de l'année 2017, son origine est beaucoup plus ancienne. Dès 1997, le Bureau du coroner (BC) a mis sur pied un projet pilote auquel ont participé des médecins, des procureurs de la Couronne (aujourd'hui procureurs aux poursuites criminelles et pénales), des représentants du Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) et des policiers.

Ce Comité est né de la volonté du D^r Jean Labbé, pédiatre au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), de créer deux comités qui examineraient les décès des enfants de 0 à 5 ans (un comité à Québec et l'autre à Montréal). Les efforts ont finalement été concentrés à Québec.

L'objectif de ce premier Comité était essentiellement de s'assurer de détecter les cas de bébés secoués pour ainsi repérer les infanticides.

Au fil du temps, le Comité a précisé son mandat et a revu son fonctionnement interne, notamment pour encadrer l'accès aux documents confidentiels et éviter toute immixtion dans le travail du coroner investigateur. C'est ainsi qu'est né le Comité d'examen des décès d'enfants en janvier 2017.

Le mandat du Comité a aussi été étendu afin de couvrir tous les décès d'enfants âgés de moins de 18 ans. Le Comité actuel regroupe des pédiatres, des policiers et des représentants du Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP), du DPJ, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML) et, bien sûr, du BC.

En marge de son travail d'analyse, ce Comité a contribué à la création de cinq documents :

- Un questionnaire que les corps policiers utilisent en cas de décès d'enfants;
- Un dépliant à l'intention des parents pour expliquer le rôle des policiers et des coroners;
- Un avis aux coroners quant aux critères pour conclure à une asphyxie positionnelle;
- Un aide-mémoire lors d'un décès d'enfant;
- Une note destinée aux coroners et transmise aux policiers et au DPJ concernant la prise d'avis du coroner lors du décès d'un enfant.

2. Mandat

Relevant du coroner en chef, le Comité exerce trois rôles en regard des décès de personnes âgées de moins de 18 ans survenus au Québec :

- Il procède à l'étude systématique de tous les cas de décès qui ont fait l'objet d'un avis au coroner et pour lesquels le coroner a terminé son investigation ou son enquête dans le but de :
 - Dégager les principaux constats et enjeux systémiques liés aux décès d'enfants;
 - Dépister certains phénomènes de mortalité chez les enfants et faire des recommandations visant la prévention;
 - Identifier les facteurs de risque et les tendances marquantes qui émergent au fil du temps à l'égard des décès d'enfants;
 - S'assurer de l'existence et de l'utilisation appropriée des outils, des protocoles et des méthodes d'investigation ou d'enquête concernant les décès d'enfants au sein des organismes concernés.
- Lors de l'investigation du décès d'un enfant, le Comité fournit, à la demande expresse du coroner investigateur, des conseils pour éclairer ce dernier sur des questions spécifiques.

Si une expertise plus étoffée est requise, le Comité pourra cibler un membre ou un expert externe. Dans ce cas, l'expert sera rémunéré selon les tarifs gouvernementaux.

- Le Comité constitue un forum de discussion pour le partage des connaissances en lien avec les décès d'enfants. À ce titre, il contribue à :
 - Bonifier, au besoin, les pratiques, les protocoles et les politiques internes des organismes en cause;
 - Promouvoir des pratiques exemplaires;
 - Favoriser l'uniformité des enquêtes à l'échelle du Québec.

3. Rencontres

La période de référence pour les travaux du Comité s'étend de septembre à juin. Du 1^{er} septembre 2023 au 30 juin 2024, le Comité s'est réuni à trois reprises :

- Le 30 septembre 2023;
- Le 1^{er} février 2024;
- Le 5 juin 2024.

Les rencontres sont d'une durée d'environ deux heures. Elles ont lieu à distance, au moyen de la plateforme Teams.

4. Liste des membres

Voici la liste des personnes ayant participé au Comité entre le 1^{er} septembre 2023 et le 30 juin 2024 :

Nom	Organisme	Précisions
D^{re} Marie-Ève Meehan	Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	
M^{me} Caroline Brown	Directeur de la protection de la jeunesse	
M^e Marie-Ève Laramée	Directeur des poursuites criminelles et pénales jusqu'en septembre 2023	
Remplacée par M^e Julie Pelletier		
M. Éric Descarreaux	Service de police de la Ville de Québec	
Remplacé par M. David Gionet		
D^r Marc-André Dugas	CHU de Québec	Coprésident
M. Mathieu Gagné	Institut national de santé publique du Québec	
M. Jessie Houle	Sûreté du Québec	
M^e Géhane Kamel	Bureau du coroner	Coprésidente
M. Paul-André Perron	Bureau du coroner	
M. Denis Hogg	Service de police de la Ville de Montréal	
M^{me} Mélanie Provencher	Service de police de la Ville de Montréal	
M^e Pascale Boulay	Bureau du coroner	
M^{me} Catherine Marcoux	Bureau du coroner	Technicienne

5. Résumé des travaux et constats

Les coroners interviennent systématiquement lorsque les causes probables d'un décès sont inconnues ou lorsque le décès est survenu dans des circonstances violentes, obscures ou à la suite de négligence. Chaque année, les coroners investiguent environ 8 % des décès enregistrés au Québec, ce qui représente 6 715 investigations en 2023.

Annuellement, le BC intervient à la suite d'environ 170 décès d'enfants de moins de 18 ans. Ce sont principalement des décès accidentels, des morts naturelles, dont la cause était inconnue au moment du décès, des décès subits de nourrissons pendant leur sommeil et des suicides d'adolescents.

On compte aussi entre 5 et 10 homicides d'enfants par année, la moitié en contexte de violence conjugale. Les avis obligatoires pour des décès dans des milieux particuliers, garderies, familles d'accueil et centres jeunesse, représentent généralement moins de 10 cas par année en tout.

En septembre 2019 et en août 2023, les premier et deuxième bilans formels du Comité ont été acheminés à l'ensemble des coroners. La diffusion de nos travaux a permis au Comité de mieux se faire connaître et de devenir très progressivement une source de référence pour les avis et conseils aux coroners et collaborateurs. Depuis mars 2022, les nouveaux coroners reçoivent les informations relatives au Comité et les références qui peuvent leur être utiles.

Deux membres du Comité participent au comité des pathologistes pédiatriques et du Centre Jeremy Rill¹ qui se réunit mensuellement et fait le pont avec le présent Comité. Lors de la rencontre du Comité en juin 2023, il a été convenu que la coprésidente du présent Comité, accompagnée d'une pathologiste de l'Hôpital de Montréal pour enfants, tentera une approche de collaboration avec le comité des revues de mortalité et morbidité. Ce projet, s'il se concrétise, pourrait devenir un projet pilote pour améliorer la collaboration entre les milieux hospitaliers et les coroners pour une meilleure protection de la vie humaine. À l'heure actuelle, ce projet est toujours en discussion.

Par ailleurs, nous avons eu l'occasion de donner une formation à l'Hôpital de Montréal pour enfants auprès des équipes de l'urgence, des unités des soins intensifs et des soins palliatifs. Cette formation a permis de faire connaître le rôle des coroners et d'établir une collaboration plus fluide. Une conférence a également été donnée lors de la réunion annuelle du Centre Jeremy Rill, en mai 2023.

À titre de rappel, en 2021, une présentation avait été faite aux membres du Comité par M^e Geneviève Thériault, de concert avec MM. Paul-André Perron et Mathieu Gagné, quant aux décès d'enfants sur le territoire du Nord-du-Québec. Ce portrait de la mortalité des enfants dans le Nord-du-Québec avait mis l'accent sur les différences entre les communautés inuites, criées et celles dites « du sud ». Nous avons certainement à apprendre de ces communautés afin d'avoir une meilleure connaissance de ce qui les

¹ Le Centre Jeremy Rill de l'Hôpital de Montréal pour enfants offre du soutien aux familles endeuillées par le décès d'un jeune enfant. Le Centre Jeremy Rill contribue aussi aux efforts de recherche pour mieux comprendre les décès inexplicables de jeunes enfants.

distingue quant à la culture et à l'éducation des enfants. C'est dans cette optique de continuité à bien comprendre les réalités du Grand Nord qu'une présentation par la directrice du DPJ a eu lieu en septembre 2022. Les recommandations des coroners doivent désormais tenir compte du contexte social, économique et géographique lors des décès des enfants issus du Grand Nord. De plus, de concert avec les communautés inuites rencontrées, les pathologistes pédiatriques et le LSJML, une attention particulière est portée depuis 2023 quant aux traitements des dépouilles sachant que la prise en charge et les rites funéraires sont distincts dans le Grand Nord.

Nous avons discuté de l'uniformisation des rapports de police concernant les décès d'enfants et nous saluons la contribution des corps de police pour leur ouverture. En 2021, le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) a déposé auprès des membres du Comité la dernière version de son formulaire relatif aux investigations lors du décès d'un enfant de moins de six ans. Des formations sont données par un membre du Comité auprès des policiers, à leur demande. En 2023-2024, ces consultations-formations se sont données à deux reprises. De plus, en septembre 2023, une présentation a été offerte aux membres du Comité par M. Sébastien Rousseau, enquêteur à la Sûreté du Québec (SQ), et M^{me} Mélanie Provencher, lieutenant au SPVM et membre du Comité, quant à leur approche de travail et le contact avec les familles dans le cadre des enquêtes sur les décès d'enfants.

Un aide-mémoire pour l'investigation d'un décès d'enfant a été élaboré et diffusé à l'ensemble des coroners et transmis mensuellement aux coroners ayant eu un cas de décès d'enfant. Notamment, un rappel a été fait de la nécessité d'effectuer la vérification du dossier psychosocial en plus de celle du dossier médical. En avril 2024, une note explicative s'est ajoutée pour l'ensemble de coroners intitulée *Prise d'avis du coroner concernant le décès d'un enfant* qui implique notamment une collaboration plus accrue avec les DPJ et les milieux policiers.

En février 2024, le D^r Hussein Wissanji, en collaboration avec MM. Guillaume Burigusa (INSPQ), Mathieu Gagné et Paul-André Perron, a fait une présentation concernant les cas de noyade d'enfants au Québec (facteurs de risque, lieux concernés, etc.) et les mesures préventives qui ont cours ici et ailleurs.

M. Raynald Hawkins, de la Société de sauvetage, était également présent et a souligné l'intérêt de la coopération avec les organismes œuvrant dans le domaine, les instituts de santé et les chercheurs. En particulier, les données d'hospitalisation sur les noyades non mortelles sont essentielles et permettent de comprendre les filons sur lesquels travailler en vue des futures campagnes de prévention.

Le 8 février 2024, le BC a participé à la commission parlementaire relative au projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être des enfants. Nous avons réitéré notre soutien au futur commissaire dédié au bien-être des enfants et notre pleine collaboration quant à la vigie concernant les décès des enfants.

Les recommandations des coroners en ce qui a trait aux décès des enfants sont analysées et discutées lors des réunions du Comité. À titre de rappel, lors de la rencontre de juin 2023, MM. Gagné et Perron nous ont présenté l'évolution entre 2000 et 2021 des cas de décès d'enfants dont la cause est indéterminée. Le vocable privilégié par les coroners jusqu'à 2017 pour déterminer ces causes de décès était la « mort subite du

nourrisson ». Toutefois, depuis 2017, les coroners tendent davantage à conclure à une « cause indéterminée », ce qui reflète les constats des différents rapports d'expertises en cours d'investigation. Les explications aux familles endeuillées sont donc primordiales dans les circonstances. En juin 2024, la pathologiste judiciaire, D^{re} Meehan, a rappelé aux membres du Comité les critères qui sous-tendent la mort subite du nourrisson. À l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus sur la terminaison d'un décès d'un enfant dont la cause est inexpliquée.

6. Recommandations

Afin de protéger la vie des enfants, le Comité recommande ce qui suit :

- Que le Comité de relecture informe le coroner de la possibilité de s'adresser à un membre du présent Comité pour référence, le cas échéant;
- Que la coprésidente du Comité informe le coroner qui reçoit un avis à la suite du décès d'un enfant de l'existence du Comité pour référence, le cas échéant;
- Que les formateurs qui dispensent la formation aux nouveaux coroners les informent de l'existence du Comité pour référence, le cas échéant.

7. Prochaines étapes

Les membres du Comité conviennent :

- De continuer à surveiller les tendances de mortalité chez les moins de 18 ans;
- De poursuivre les rencontres d'information auprès de ses collaborateurs (milieux hospitaliers, services de police, etc.);
- D'offrir des outils de soutien aux coroners afin de faciliter et d'uniformiser l'analyse des cas de décès d'enfants de moins de 18 ans;
- De poursuivre la vigie sur les dossiers dont la cause du décès est identifiée par le coroner investigateur comme étant l'asphyxie;
- De développer des canaux de communication plus fluides avec les centres hospitaliers.

Déposé en août 2024 à Québec.