L'importance de l'examen des décès d'enfants ou d'adolescents

Amy Ornstein, Matthew Bowes, Michelle Shouldice, Natalie L Yanchar; Société canadienne de pédiatrie, comité de prévention des blessures et section de la prévention de la maltraitance d'enfants et d'adolescents

English on page 425
Résumé en page 425

Le Canada ne dispose pas de normes nationales à l'égard des enquêtes sur les décès d'enfants, de la collecte de données sur les circonstances entourant les décès d'enfants ou les processus d'examen des décès. Au pays, les principales causes de décès pendant l'enfance et l'adolescence sont la mort subite pendant la première enfance (qu'il s'agisse de la mort subite du nourrisson [MSN] ou d'un décès pour une cause indéterminée), les troubles congénitaux et médicaux, les blessures non intentionnelles, le suicide et l'homicide. Les équipes d'examen des décès et des blessures graves ont évolué en raison du besoin de mieux comprendre les facteurs contribuant aux décès d'enfants, l'accent étant mis sur la prévention de décès similaires grâce à la promotion de la santé, à des modifications à l'environnement et à des politiques publiques qui accroissent la sécurité et la protection des enfants. Les blessures non intentionnelles sont la principale cause de décès d'enfants et d'adolescents canadiens de un à 19 ans.(1,2) En 2004, les blessures subies par les Canadiens ont coûté 19,8 milliards de dollars en dépenses de santé et en perte de productivité, dont 16,0 milliards découlaient de causes non intentionnelles. De cette somme, près de trois milliards de dollars avaient été investis à la suite de blessures dans les réseaux de transport et de chutes dont avaient été victimes des enfants et des adolescents de la naissance à 19 ans.(3,4) En 2005 seulement, les blessures d'enfants et d'adolescents toutes causes confondues ont entraîné 720 pertes de vie au Canada.(2) Les taux de décès et d'hospitalisations causés par des blessures non intentionnelles ont tous deux reculé ces dernières années,(2) mais il reste de nombreuses possibilités de les réduire davantage si on comprend les facteurs qui y contribuent et si on met en œuvre des efforts de prévention.

Au Canada, des organismes gouvernementaux, tels que l'Agence de la santé publique du Canada et le Bureau de la sécurité des produits de consommation de Santé Canada, de même que des organismes de santé et de sécurité, comme la Société canadienne de pédiatrie et Parachute, ont contribué aux initiatives de prévention des blessures, de surveillance et de recherche, tant en qualité de chefs de file que de porte-parole. Le présent document de principes traite de la nécessité d'adopter un processus d'examen des décès d'enfants (EDE – cet acronyme inclut également les adolescents) officialisé et organisé au Canada. Un meilleur EDE permettrait de définir et de systématiser les mécanismes des blessures et de la maltraitance, ainsi que de renforcer les efforts de prévention des décès. En définitive, de meilleures démarches favoriseraient des changements de politiques et amélioreraient la santé et le bien-être des enfants et des adolescents.

QU'EST-CE QUE L'EDE?

Le processus d'examen des décès d'enfants et d'adolescents a vu le jour aux États-Unis à la fin des années 1970, sous la forme d'équipes locales d'examen. Au début des années 1990, après une étude menée au Missouri sur les décès causés par la violence envers les enfants,(5) des modèles nationaux et étatiques ont émergé afin d'améliorer la prestation des services et le signalement des cas de violence envers les enfants. À la fin de la décennie, la plupart des États participaient à une forme quelconque d'EDE. Ces dernières années, le processus d'EDE est devenu de plus en plus standardisé d'un État à l'autre, et on a observé un changement de paradigme : auparavant axé sur l'enquête, il inclut et souligne désormais davantage les efforts de prévention. Des efforts constants visent l'amélioration de la collecte des données par un système national de compte rendu des cas et l'augmentation de la recherche pour étayer ces efforts.(6) Au Canada, les processus d'enquête sur les décès sont structurés d'après les lois provinciales et territoriales et le code criminel national. L'examen des décès a été mis au point pour répondre aux exigences d'assurance-qualité et de responsabilité, découlant parfois d'enquêtes sur des issues négatives et sur des préoccupations à l'égard de décès causés par une maltraitance non déplorée.(7)

L'EDE vise à exécuter un examen multidisciplinaire complet des décès d'enfants, afin de mieux en comprendre les causes et le contexte.(8) Un groupe d'EDE évite d'attribuer la faute aux dispensateurs de services ou aux soins prodigués. L'EDE permet aux intervenants de multiples disciplines et d'organismes en cause d'entamer un dialogue significatif, de partager de l'information et d'apprendre les uns des autres en vue d'utiliser les observations pour prendre des mesures qui préviendront d'autres décès et qui amélioreront la santé et la sécurité des enfants.(9)

QUELS SONT LES OBJECTIFS DE L'EDE?

Les buts et objectifs de l'EDE ont une vaste portée, et ils peuvent être adaptés par les organismes en cause pour effectuer des démarches efficaces et pour respecter les exigences juridiques en place dans les territoires de compétence. Des exemples d'objectifs fondamentaux sont exposés dans l'encadré 1.(9) L'équipe pourrait être formée d'un noyau composé d'un médecin légiste ou d'un coroner, de représentants des forces de l'ordre, de travailleurs des agences de protection de la jeunesse et des services locaux de santé publique, de l'avocat de la Couronne et d'un pédiatre, d'un médecin de famille ou d'un urgentologue ou d'autres dispensateurs de soins qui, de préférence, possèdent des compétences en matière

Encadré 1 : Objectifs de l'examen des décès d'enfants et d'adolescents

1. Déterminer avec précision et rendre compte de manière uniforme et constante des causes et du contexte du décès de chaque enfant et adolescent.
2. Améliorer les communications et les liens entre les organismes locaux, provinciaux et territoriaux et mieux coordonner les efforts entre eux.
3. Améliorer les réponses des organismes qui enquêtent sur les décès d'enfants ou d'adolescents.
4. Améliorer les réponses des organismes envers la protection des frères et sœurs et des autres habitants d'un domicile où un enfant ou un adolescent est décédé.
5. Améliorer les enquêtes criminelles et les poursuites judiciaires en cas d'homicides d'enfants ou d'adolescents.
6. Assurer une meilleure prestation des services aux enfants et aux adolescents, aux familles, aux personnes qui s'occupent de l'enfant et aux membres de la collectivité.
7. Déterminer les obstacles précis et les enjeux systémiques liés au décès d'enfants et d'adolescents.
8. Déterminer les grands facteurs de risque et les grandes tendances à l'égard des décès d'enfants et d'adolescents.
9. Déterminer et préconiser les changements nécessaires aux lois, aux politiques et aux pratiques et élargir les efforts de prévention en matière de santé et de sécurité.
10. Mieux faire connaître et défendre les enjeux sociétaux qui nuisent à la santé et à la sécurité des enfants et des adolescents.

Adapté de la référence 9

de maltraitance d'enfants. Selon le cas, d'autres participants peuvent s'ajouter, y compris du personnel des services médicaux d'urgence, des représentants du milieu scolaire, des éducateurs en milieu de garde, des membres du clergé ou des experts en violence familiale.(9)

Une fois l'équipe formée, le processus classique d'examen du cas inclurait les antécédents pertinents, des discussions sur l'enquête associée aux décès ou aux blessures et un examen des services et des systèmes engagés dans le cas avant le décès. Il faut ensuite chercher à 1) déterminer les facteurs de risque qui pourraient être modifiés, tant dans le cas à l'étude que sur le plan systémique, et à 2) examiner les politiques et pratiques des organismes pour prévenir l'occurrence d'événements similaires.

LES RÉSULTATS POTENTIELS DE L'EDE

Un EDE systématique peut permettre de mieux dépister les tendances en cas de fatalité, telles que la présence de facteurs de risque modifiables ou d'enjeux systémiques récurrents dans les collectivités ou les familles. L'équipe d'EDE peut également formuler des recommandations pour rendre compte des facteurs de risque et les modifier sur les scènes locale, provinciale, territoriale ou nationale. Ces comptes rendus respectent l'anonymat des enfants ou des adolescents en cause, mais ils font ressortir les thèmes communs afin de prévenir des décès de nature similaire.(10,11)

Grâce à l'EDE, on tire des leçons importantes dans les domaines de la prévention des blessures, de la maltraitance et des décès, on peut déterminer les facteurs de risque modifiables chez certains individus, dans certaines familles et dans certains environnements et on peut établir les facteurs liés aux besoins de services et à la prestation des services.(12) Des modifications positives aux politiques, des efforts de prévention et des initiatives de santé publique ont découlé de l'EDE aux États-Unis; certains sont exposés dans l'encadré 2.(13) Au Canada, les recommandations publiées découlant des examens des décès

Encadré 2 : Les mesures en matière de sécurité et de prévention des blessures chez les enfants découlant de l'examen des décès d'enfants et d'adolescents

1. Création de programmes de distribution de berceaux aux familles dans le besoin
2. Éducation publique et campagnes médiatiques sur des habitudes de sommeil sécuritaires
3. Politiques plus fermes et formation des dispensateurs de soins sur le signalement de la maltraitance et de la négligence d'enfants
4. Prévention du suicide intégrée à la formation des enseignants en cours d'emploi
5. Sanctions plus sévères pour les conducteurs en état d'ivresse
6. Soutien des programmes d'installation de détecteurs de fumée
7. Collecte des médicaments sur ordonnance pour favoriser une récupération plus sécuritaire des médicaments
8. Amélioration des protocoles d'enquête sur les scènes de crime et de formation des enquêteurs
9. Programmes de sensibilisation à l'importance de l'acide folique
10. Initiatives de sécurité aquatique, telles que des décrets d'installation de clôtures autour des piscines, des cours de natation pour les enfants de familles à faible revenu et la présence de sauveteurs sur les plages publiques

Adapté de la référence 13

provinciaux incluent des mesures de promotion d'un sommeil sécuritaire, des initiatives de prévention du suicide chez les adolescents et l'utilisation plus sécuritaire des véhicules automobiles. (10,11) Ces équipes ont recommandé des changements à la formation des intervenants en protection de l'enfance et en santé publique, de même que l'amélioration des communications entre les enquêteurs affectés aux décès et le système de protection de l'enfance.(10,11)

**L'ÉTAT DE L'EDE AU CANADA :
UN APPEL À L'ACTION**

Le décès d'un enfant est un événement tragique, qui l'est peut-être encore plus lorsqu'on sait qu'il aurait pu être évité. Aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande, les processus d'EDE sont mandatés par la loi. Au Canada, le système d'EDE est moins développé.(14) Aux États-Unis, les éléments de l'examen, tels que l'organisme désigné responsable, les protocoles et exigences établis au sujet du processus, de la coordination et du compte rendu, peuvent varier selon les États.(15) Dans une déclaration de 2010, le comité sur la maltraitance et la négligence d'enfant, le comité de prévention des blessures, de la violence et de l'empoisonnement et le conseil de la pédiatrie générale de l'*American Academy of Pediatrics* ont fait ressortir l'importance d'un examen des décès d'enfants pour en prévenir l'occurrence.(16) Ils préconisent le soutien financier et législatif d'une collecte de données systématique, une meilleure formation et la diffusion de l'information tirée de l'EDE. Ils décrivent également des moyens pour que les pédiatres participent à la création et à l'exécution de ces processus.(16)

À l'heure actuelle, seuls quelques provinces et territoires du Canada sont dotés de processus d'EDE officiels. Les programmes de l'Ontario et la Colombie-Britannique sont financés sous l'autorité du coroner en chef de la province, qui publie un rapport annuel largement disponible et qui propose des recommandations (si elles sont établies) individuelles. Au Manitoba, plusieurs processus d'examen sont en place, aux mandats et aux fonctions de surveillance variés, y compris le comité d'étude des enquêtes médico-légales sur des enfants et le comité des normes

de santé de l'enfant, supervisés par le Collège des médecins et chirurgiens de la province. En Alberta, tous les décès de personnes de moins de 18 ans font l'objet d'un examen par un comité multidisciplinaire présidé par le médecin légiste en chef. Dans d'autres provinces et territoires, des EDE internes peuvent être organisés sur une base ponctuelle (p. ex., dans le cas d'enfants qui meurent à l'hôpital). Pour ce qui est des enfants en foyer d'accueil ou qui reçoivent les services d'une agence de protection de la jeunesse, tous les territoires de compétence exigent l'examen et le compte rendu des décès et des blessures graves. (17)

Des mesures s'imposent

L'importance du processus d'EDE est bien établie aux États-Unis et dans d'autres pays, de même que les effets positifs considérables qui en découlent, tels que des campagnes de prévention des blessures efficaces et des modifications législatives pour préserver la vie des enfants et des adolescents (axées sur des pratiques de sommeil sécuritaires, la prévention du suicide, les jeunes conducteurs, les conducteurs de véhicules tout-terrains, les modifications à la formation en protection de la jeunesse et les protocoles de partage de l'information). (10-12) Cependant, les écarts entre les programmes et l'absence de leadership national représentent des obstacles démontrés à l'adoption de stratégies nationales de prévention à la fois plus efficaces et mieux coordonnées. (18)

RECOMMANDATIONS

Afin de concevoir des programmes et politiques de prévention des blessures fondés sur des données probantes, la Société canadienne de pédiatrie recommande la mise sur pied d'un EDE détaillé, structuré et efficace dans chaque région du Canada, assurant un compte rendu et une analyse systématiques de tous les décès d'enfants et d'adolescents et la capacité d'évaluer les répercussions des recommandations découlant de chaque cas. L'EDE devrait être mandaté en vertu d'une loi provinciale, territoriale ou régionale et disposer :

- **de représentants de tous les milieux.** L'équipe d'EDE devrait se composer du médecin légiste ou du coroner en chef de la région et de représentants des forces de l'ordre, des agences de protection de l'enfance et des services locaux de santé publique, de l'avocat de la Couronne, de même que d'un pédiatre, d'un médecin de famille ou d'un autre dispensateur de soins. Au besoin et selon le cas, d'autres participants peuvent s'ajouter, y compris les organismes participant déjà au dossier ou le connaissant déjà (p. ex., services médicaux d'urgence, responsables du milieu scolaire, éducateurs en milieu de garde, représentants du clergé ou spécialisés en violence conjugale).
- **de processus structurés.** Les éléments recherchés dans la collecte des données devraient inclure un protocole de compte rendu pour déterminer les tendances émergentes et les causes des blessures graves ou des décès, de même que des voies pour mettre en œuvre des politiques et programmes efficaces qui tiendront compte des efforts de prévention.
- **de bases de données liées entre elles.** Pour que la collecte, le regroupement et la diffusion des données soient significatifs, une collecte de données plus systématique, incluant une surveillance et un partage des données, favoriserait et appuierait des programmes et politiques nationaux, au besoin.
- **d'un mécanisme d'évaluation** qui permettrait d'établir l'efficacité du suivi et des recommandations découlant des EDE.

- **d'un soutien financier désigné de la part de tous les paliers du gouvernement.**

Il est temps que tous ceux qui participent aux soins des enfants et des adolescents prônent la mise en place d'EDE structurés et prescrits par la loi au Canada. Dans l'idéal, les processus d'examen seraient élaborés conjointement avec les coroners ou les médecins légistes en chef des provinces et des territoires. Une telle démarche coopérative contribuerait à garantir un examen et un compte rendu constants et systématiques des cas et à mieux étayer les efforts en matière de prévention des blessures, de maltraitance et de décès au pays.

REMERCIEMENTS : Le comité de la santé de l'adolescent de la SCP a révisé le présent document de principes, de même que des représentants des coroners en chef et des médecins légistes en chef du Canada.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. Données concernant les blessures, 2006 : www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/facts-fra.php (consulté le 6 septembre 2013)
2. Agence de la santé publique du Canada. Étude des blessures chez les enfants et les jeunes, Édition 2009 – Pleins feux sur la sécurité des produits de consommation : Résumé : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyi-bej/2009/index-fra.php (consulté le 6 septembre 2013)
3. Sauve-qui-pense, 2009. Le fardeau économique des blessures au Canada. Toronto, Ontario : www.parachutecanada.org/telechargez/recherche/rapports/EBI2009.pdf (consulté le 6 septembre 2013)
4. Natalie L Yanchar, Lynne J Warda, Pamela Fuselli; Société canadienne de pédiatrie, comité de prévention des blessures. La prévention des blessures chez les enfants et les adolescents : une démarche de santé publique. Version abrégée. *Paediatr Child Health* 17(9):511. : www.cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-blessures-chez-les-enfants-et-les-adolescents (consulté le 6 septembre 2013)
5. Ewigman B, Kivlahan C, Land G. The Missouri child fatality study: Underreporting of maltreatment fatalities among children younger than five years of age, 1983 through 1986. *Pediatrics* 1993;91(2):330-7.
6. Covington TM. The US National Child Death Review case reporting system. *Inj Prev* 2011;17 Suppl 1:i34-7. doi: 10.1136/ip.2010.031203.
7. Christianson-Wood J, Murray JL. Les enquêtes sur les décès d'enfants et la collecte de données sur la mortalité juvénile au Canada, 1999 : www.canadiancncr.com/pdfs/Child_Death_Reviews_Child_Mortality_Data_Collection_e.pdf (consulté le 6 septembre 2013, accessible en anglais seulement)
8. National MCH Center for Child Death Review, 2005. Child death review process. Michigan Public Health Institute: www.childdeathreview.org/cdrprocess.htm (consulté le 6 septembre 2013)
9. Covington TM, Foster V, Rich SK, éd. A program manual for child death review. Michigan: National MCH Center for Child Death Review, 2005: www.childdeathreview.org/finalversionprotocolmanual.pdf (consulté le 6 septembre 2013)
10. Bureau du Coroner en chef, province de l'Ontario. Rapport du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, juin 2011 : www.mcscs.jus.gov.on.ca/stellent/groups/public/@mcscs/@www/@com/documents/webasset/fc090299.pdf (consulté le 6 septembre 2013)
11. Child Death Review Unit, BC Coroners Service. 2009 Annual Report: www.pssg.gov.bc.ca/coroners/child-death-review/docs/cdr-2009annualreport.pdf (consulté le 6 septembre 2013)
12. Sidebotham P, Pearson G. Responding to and learning from childhood deaths. *BMJ* 2009;338:b531. doi: 10.1136/bmj.b531.
13. Michigan Public Health Institute, National Center for the Review and Prevention of Child Deaths, September 2012. Keeping kids safe, healthy and alive: A sampler of prevention outcomes from state and community CDR teams. Dépliant imprimé.
14. Axford N, Bullock R. Child death and significant care reviews: International Approaches. Edinburgh; 2005: www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/55971/0015630.pdf (consulté le 6 septembre 2013)

15. Michigan Public Health Institute, National Center for Child Death Review. The status of child death review in the United States in 2009 (Updated July 2010). NCCDR State Profile Database: Reports from state CDR program coordinators: www.childdeathreview.org/reports/CDRinUS_2009.pdf (consulté le 6 septembre 2013)
16. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect; Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention; Council on Community Pediatrics. Policy statement: Child fatality review. *Pediatrics* 2010;126(3):592-6.
17. Taylor W. Child death and critical injury review. BC Children and Youth Review, April 2006: www.mcf.gov.bc.ca/bcchildprotection/pdf/Child_Death_and_Critical_Injury_Review.pdf (consulté le 6 septembre 2013)
18. Shanley JR, Risch EC, Bonner BL. U.S. child death review programs: Assessing progress toward a standard review process. *Am J Prev Med* 2010;39(6):522-8.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES BLESSURES DE LA SCP

Membres : Suzanne Beno MD, Claude Cyr MD, Brent E Hagel PhD, Jeffrey W Scott MD, Natalie L Yanchar MD (présidente), Mitchell Zelman MD (représentant du conseil)

Représentants : Dominic Allain MD, section de la médecine d'urgence en pédiatrie de la SCP; Pamela Fuselli, Parachute; Robin Skinner, Agence de la santé publique du Canada

SECTION DE LA PRÉVENTION DE LA MALTRAITEMENT D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS DE LA SCP

Comité directeur : Burke Baird MD, Anne-Claude Bernard-Bonnin MD, Laurel Chauvin-Kimoff MD (présidente sortante), Jennifer R MacPherson MD, Amy Ornstein MD (vice-présidente), Tanya Smith NP, Michelle Ward MD

Représentants : Claire Allard-Dansereau MD, Linda Bakovic MD, Jeffrey W Scott MD

Auteurs principaux : Amy Ornstein MD, Matthew Bowes MD, Michelle Shouldice MD, Natalie L Yanchar MD

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement révisés. Les documents de principes retirés sont supprimés du site Web. Consultez la zone *Documents de principes* du site Web de la SCP (www.cps.ca) pour en obtenir la version complète à jour.