

Bureau du
protecteur des enfants

En l'honneur des enfants

*Rapport de l'examen des décès d'enfants
présenté au ministre des Services à la famille et
du Logement
Province du Manitoba*

*Billie Schibler
James H. Newton*

Septembre 2006
Version définitive

Table des matières

Page

Message des codirecteurs

L'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants

Résumé

Liste complète des recommandations par thème

1.0 Introduction

2.0 Méthodologie

2.1 Les rapports du médecin légiste en chef

3.0 Tour d'horizon

4.0 Les décès de mort naturelle

4.1 Les contrats de placement volontaire
liés à des besoins médicaux complexes

4.2 L'exposition à l'alcool avant la naissance

4.3 Les décès au berceau

5.0 Les décès accidentels

5.1 La sécurité aquatique et l'heure du bain

5.2 Le jeu du foulard et l'asphyxie auto-érotique

6.0 Les suicides

6.1 Améliorer la sécurité des foyers nourriciers

7.0 Les homicides

7.1 Les évaluations du risque et de la sécurité

7.2 Les gangs et la violence dans la rue

8.0 La prévention des décès d'enfants pris en charge au Manitoba

- 8.1 Les questions de santé mentale
- 8.2 Les conflits entre les parents et les adolescents
- 8.3 La fin de la prise en charge à l'âge de la majorité
- 8.4 Les mesures de sécurité en cas de disparition d'enfants et d'adolescents
- 8.5 La sensibilisation à la toxicomanie et les traitements
- 8.6 La sensibilisation aux questions culturelles
- 8.7 L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)

9.0 Les failles du système

- 9.1 La communication entre les offices
- 9.2 La communication avec les organismes tiers
- 9.3 Le respect des normes provinciales et la formation à cet égard
- 9.4 Les conflits de compétence
- 9.5 La situation des collectivités du Nord
- 9.6. Les ressources

10.0 Le soutien offert à la suite du décès d'un enfant

11.0 Conclusion

Annexes

Références

Les personnes-ressources interviewées et consultées

Message des codirecteurs

Le présent rapport porte sur l'examen spécial des dossiers de décès non naturels d'enfants pris en charge au moment de leur décès ou qui avaient reçu des services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* pendant l'année précédant leur décès. Cet examen a été réalisé par un groupe de personnes qu'on a appelé l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants.

Pendant toute la période consacrée à la préparation du rapport, chacun des membres de l'équipe a été touché personnellement par les conditions de toutes sortes dans lesquelles ont vécu et sont décédés les enfants dont il est question ici.

Bien que les noms des enfants restent confidentiels et que l'information ait été résumée sous forme de données, de thèmes et d'observations sur des points communs, des tendances et des situations types, les membres de l'équipe se sont toujours rappelé que la vie et la mort de ces enfants étaient la source de l'information qu'ils étudiaient.

Lorsque vous lirez les conclusions et les recommandations issues de l'examen, nous vous prions de garder à l'esprit que nous sommes convaincus que la majorité des agents de la protection de l'enfance prennent leurs décisions en ayant de bonnes intentions. Comme vous le constaterez dans le rapport, les bonnes intentions des agents, même si ceux-ci sont des plus compétents, ne suffisent pas sans l'appui des familles des enfants concernés et de la collectivité en général. Nous croyons profondément que le système de protection de l'enfance peut et doit aider les enfants dans le besoin plus efficacement, et qu'il peut y arriver grâce à un système intégré de prestation des services. Nous espérons que les recommandations contenues dans le présent rapport montreront la voie vers une amélioration de la qualité des soins offerts aux enfants par le réseau des services à l'enfant et à la famille de notre province.

Tous ceux et celles qui ont consacré les derniers mois à la réalisation de cette étude se sont sentis privilégiés par la possibilité de contribuer à améliorer les services offerts à des enfants convaincus que les adultes chargés de les aider le feront de leur mieux, avec compétence et compassion.

Nous souhaitons remercier avec gratitude les personnes dont le souci et la compassion pour les enfants transparaissent dans leur volonté de nous transmettre des informations utiles et significatives et qui, ce faisant, ont fait entendre la voix de ceux et celles qui ne peuvent plus s'exprimer eux-mêmes.

Nous aimerions également souligner les longues heures de travail acharné, la persévérance et les efforts sincères et volontaires des membres de l'équipe pendant toute la durée de l'examen, une entreprise exigeante sur le plan affectif.

Ce rapport est dédié aux enfants du Manitoba et à ceux et celles dont l'histoire nous a profondément touchés.

Billie Schibler, protectrice des enfants
Codirectrice
Examen des décès d'enfants

Jim Newton, Ph.D, C.Psych
Codirecteur
Examen des décès d'enfants

L'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants

Codirecteurs :

Billie Schibler, protectrice des enfants
James H. Newton, Ph.D, psychologue clinicien

Enquêteurs :

Kathy Jones, Ph.D, travailleuse sociale autorisée et chef d'équipe
Cybil Williams, M.S.S.
Dave MacDonald, M.S.S.
Jocelyn Greenwood

Experts-conseils :

Andy Koster, spécialiste de la protection de l'enfance, province de l'Ontario
John Walker, Ph.D, psychologue clinicien,
professeur en psychologie clinique de la santé à l'Université du Manitoba
Faye Sasson, M.A., clinicienne en santé mentale
Margaret et Jules Lavallee, aînés

Personnel de soutien administratif :

Patsy Addis-Brown, gestionnaire de bureau, Bureau du protecteur des enfants
Karen M. Kawaler
Gazheek Morrissette-Sinclair

Résumé

En mars 2006, le Manitoba a été bouleversé d'apprendre la mort de Phoenix Sinclair, une enfant de 5 ans connue du système de protection de l'enfance.

À la suite de sa mort, la population du Manitoba s'est inquiétée de la sécurité de ses habitants les plus vulnérables et de la capacité du système de protection de l'enfance d'intervenir pour les protéger efficacement.

En vertu du paragraphe 4(2) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, le directeur des services à l'enfant et à la famille ou une régie peut procéder à des recherches indépendantes concernant le bien-être de tout enfant visé par cette loi. Le 21 mars 2006, la ministre des Services à la famille et du Logement, M^{me} Christine Melnick, a demandé qu'on procède à un examen indépendant de tous les décès survenus de janvier 2004 à mai 2006 chez les enfants qui avaient reçu des services de protection de l'enfance au cours de l'année précédant leur décès. La direction de l'examen a été confiée à Billie Schibler, protectrice des enfants du Manitoba, et à Jim Newton, chef des services de psychologie du Manitoba Adolescent Treatment Centre. Les codirecteurs ont été appuyés par une équipe de quatre enquêteurs qui possédaient de nombreuses années d'expérience de travail auprès des enfants et des familles du Manitoba. L'équipe chargée de l'examen a étudié des documents et interviewé le personnel de divers offices et des tiers sur la mort subite de 99 enfants connus du système de protection de l'enfance.

Bien que l'examen ait mené à la conclusion qu'aucun décès n'était attribuable directement à une détérioration de la prestation des services de protection de l'enfance au Manitoba, il a permis d'observer plutôt que divers facteurs ont contribué à un ensemble de problèmes susceptibles d'avoir causé la mort des enfants. L'examen a fait ressortir que, dans bien des cas, le manque de services appropriés dans la collectivité ou la difficulté à obtenir ces services ou à les coordonner ont accru les risques pour des enfants, des jeunes et des familles déjà très à risque.

Le système de protection de l'enfance du Manitoba a subi une transformation sans précédent depuis la mise en œuvre de la Commission d'enquête sur l'administration de la justice et les Autochtones — Initiative de protection de l'enfance. Depuis 2004, jusqu'à 70 % des dossiers des enfants pris en charge par un office de protection de l'enfance ont été transférés aux offices autochtones, qui sont désormais responsables de leur soutien. Des changements d'une telle envergure font place à de nouveaux modèles de systèmes, à une façon nouvelle et excitante de collaborer avec les familles, mais ils entraînent aussi des difficultés organisationnelles, le temps que les systèmes, nouveaux et anciens, évoluent et s'adaptent.

C'est le contexte dans lequel l'examen spécial des dossiers a été entrepris. Cet examen a permis de constater le besoin d'une meilleure coordination entre les offices et les organismes communautaires, de même que le besoin de travailler à régler des points particulièrement problématiques du système de protection de l'enfance.

L'examen a fait ressortir les thèmes suivants :

- a) les divergences en matière de compétence
- b) le suicide chez les jeunes
- c) la planification de la fin de la prise en charge et le soutien offert aux jeunes une fois qu'ils ont quitté le système
- d) les comportements à risque des adolescents
- e) l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)
- f) la connaissance des normes de protection de l'enfance
- g) la prestation de services en milieu rural et dans les collectivités du Nord
- h) les services de prévention

À la lumière de ses observations, l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants a formulé de nombreuses recommandations, dont les suivantes :

- Que le ministre des Services à la famille et du Logement nomme un arbitre indépendant ou crée un comité formé de représentants de chacune des régies, d'un représentant des Services de protection des enfants et de jusqu'à trois représentants de la collectivité pour intervenir à titre d'organisme de résolution des conflits de compétence.
- Que le gouvernement du Manitoba adopte le « principe de Jordan », ou principe de l'enfant d'abord, de façon à assurer une prestation de services aux enfants sans interruption pendant la résolution de conflits de compétence en matière de financement.
- Que les ministères de la Santé, de la Justice, des Services à la famille et du Logement et de la Vie saine mènent une étude distincte et approfondie de tous les suicides de jeunes au Manitoba et publient un rapport au plus tard en juin 2007.
- Que le ministère des Services à la famille et du Logement élabore un document-cadre sur les besoins et l'aide offerte aux jeunes qui cessent d'être pris en charge par le système de protection de l'enfance, de sorte qu'un système de soutien continu soit en place à la fin de leur prise en charge.
- Que l'Addictions Foundation of Manitoba revoie ses politiques concernant le traitement des jeunes toxicomanes en reconsidérant particulièrement les politiques sur la « disposition personnelle » au traitement.
- Que les quatre régies veillent à ce que tous les offices indiquent dans les dossiers du SISEF le décès d'un enfant qui leur était confié et que les dossiers du SISEF soient mis à jour chaque semaine. Que les fonds nécessaires soient mis à la disposition des offices pour qu'ils puissent mettre en œuvre cette recommandation.
- Que les Services de protection des enfants réitèrent auprès des directeurs des offices l'importance de suivre les normes des offices concernant les visites des foyers, le maintien d'une communication continue avec les organismes tiers et la tenue de réunions régulières sur les services lorsque des ressources secondaires interviennent auprès d'une famille ou d'un enfant dans le cadre d'un plan de soins.

- Que le ministère des Services à la famille et du Logement accorde les fonds nécessaires pour que chacun des offices de protection de l'enfance engage un spécialiste de l'ETCAF. Ces spécialistes aideront à accroître les possibilités de diagnostic chez les enfants soupçonnés d'être atteints de l'ETCAF, et collaboreront avec les agents de première ligne, les parents nourriciers et les fournisseurs de soins afin d'élaborer des plans de soins adaptés aux enfants exposés à l'alcool ou à des substances intoxicantes avant la naissance.
- Qu'un comité formé de professionnels de la santé, d'agents de la protection de l'enfance et de membres de la collectivité soit créé dans les régions nordiques, rurales et éloignées pour assurer une prestation intégrée de services aux enfants et aux jeunes qui vivent dans les réserves et hors des réserves.
- Que le ministère des Services à la famille et du Logement affecte des fonds, par l'intermédiaire de ses programmes de prévention, pour soutenir des programmes sociaux et récréatifs qui encouragent les choix de vie sains chez les enfants et les adolescents qui reçoivent des services d'un office de protection de l'enfance.

La liste complète des recommandations est présentée après le présent résumé.

Un autre point qui a inquiété l'équipe est la politisation des décès tragiques d'enfants et d'adolescents qui recevaient des services de protection de l'enfance. Tous les membres de la collectivité doivent être conscients des répercussions de leurs déclarations publiques sur la mort d'un enfant et de la façon dont elles peuvent se refléter sur les personnes directement touchées. Les membres de la famille et les fournisseurs de soins vivent déjà des sentiments de culpabilité, de deuil et de perte, et trouvent les commentaires pénibles en cette période difficile de leur vie. L'équipe félicite les offices de protection de l'enfance qui ont étudié les circonstances d'un décès et ont pris des mesures pour améliorer leur fonctionnement et ainsi renforcer les services offerts aux enfants et aux familles.

Le présent rapport porte sur des décès d'enfants qui, au cours de l'année précédant leur décès, avaient reçu des services du système de protection de l'enfance. La cause des décès varie selon les circonstances et les différents dossiers. Au Manitoba, jour après jour, des enfants voient leur sécurité menacée par l'incapacité des familles, de la collectivité en général et du système de protection de l'enfance d'agir de concert pour éviter qu'ils subissent de mauvais traitements physiques et sexuels et ne deviennent des victimes dans notre société. Dans certaines situations, les problèmes existent depuis longtemps et sont assez graves pour causer un tort considérable aux enfants, mais ils ne sont pas connus du système de protection de l'enfance et le présent examen n'en tient donc pas compte. La collectivité dans son ensemble doit accepter de collaborer avec le système de protection de l'enfance et les familles pour assurer la sécurité des enfants et des jeunes. Les constatations que nous venons d'énoncer devraient peut-être faire l'objet d'un autre examen, de façon à mieux comprendre la portée et l'ampleur de la situation inquiétante dont il est question.

L'équipe croit que le présent examen pourrait contribuer à la mise en place de changements dans le système de protection de l'enfance qui aboutiront à une amélioration de la protection de tous les enfants du Manitoba.

Liste des recommandations ayant découlé de l'examen des décès d'enfants au Manitoba, par thème

Les conflits de compétence

Que le ministre des Services à la famille et du Logement nomme un arbitre indépendant ou crée un comité formé de représentants de chacune des régies, d'un représentant des Services de protection des enfants et de jusqu'à trois représentants de la collectivité pour intervenir à titre d'organisme de résolution des conflits de compétence. *(point 9.4)*

Que le gouvernement du Manitoba adopte le « principe de Jordan », ou principe de l'enfant d'abord, afin d'assurer une prestation de services aux enfants sans interruption en pendant la résolution de conflits de compétence en matière de financement. *(point 9.4)*

La prévention du suicide

Que les ministères de la Santé, de la Justice, des Services à la famille et du Logement et de la Vie saine mènent une étude distincte et approfondie de tous les suicides de jeunes au Manitoba au cours des cinq dernières années et publient un rapport au plus tard en juin 2007. *(point 6.4)*

Que soient mis au point des outils de prévention du suicide qui aient un contenu adapté sur le plan culturel et qui mettent l'accent sur la création de relations sociales saines et d'une bonne estime de soi. Cela pourrait se faire dans le cadre d'une collaboration entre Santé Manitoba, Services à la famille et Logement Manitoba, Éducation Manitoba et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. *(point 6.1)*

Que les gestionnaires de cas de la protection de l'enfance assurent le suivi de tous les rapports sur des idées ou des gestes suicidaires ou des comportements d'automutilation chez les enfants qui reçoivent des services d'un office de protection de l'enfance, en effectuant eux-mêmes la première évaluation et, au besoin, qu'ils fassent évaluer l'enfant par un professionnel de la santé mentale dès que possible. À partir de l'évaluation du gestionnaire de cas et de celle du professionnel de la santé mentale, un suivi devrait être effectué et un plan de soins approprié devrait être mis sur pied en fonction des difficultés de l'enfant et de sa situation personnelle. *(point 6.3)*

Que le ministère de la Santé se joigne aux régies régionales de la santé pour rédiger un protocole d'évaluation et de traitement des enfants et des adolescents qui se présentent aux urgences des hôpitaux en ayant des pensées dépressives, suicidaires ou d'automutilation. Le protocole devrait comprendre une évaluation, des services de suivi et une procédure de transmission immédiate des renseignements à l'office local de protection de l'enfance si la sécurité de l'enfant est menacée. *(point 6.3)*

Que, dans le cadre de la formation préalable à la prestation de services, le personnel de la protection de l'enfance reçoive une formation spécialisée sur les signes de problèmes importants d'adaptation, de détresse affective et de risque de suicide chez les jeunes. La formation devrait

fournir des renseignements sur les ressources d'intervention adéquates. L'application systématique des connaissances transmises lors de la formation devrait être évaluée dans le cadre du processus de surveillance habituel et des mises à jour fréquentes de la formation devraient être fournies. *(point 6.4)*

Que tous les enfants visés par des rapports ou des signalements d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide soient examinés par un professionnel de la santé mentale et qu'ils aient un rendez-vous de suivi dans les 30 jours qui suivent la première évaluation. *(point 6.3)*

Que l'on mette de l'information sur le suicide, y compris de l'information sur les signes et les mesures d'intervention liés au suicide, à la disposition du personnel des offices de protection de l'enfance, des parents, des fournisseurs de soins, des fournisseurs de services et des programmes de formation professionnelle pertinents tous les ans. *(point 6.4)*

Les services de santé mentale

Que le ministère de la Santé étudie l'offre actuelle de services et des ressources d'intervention en santé mentale pour les enfants et les adolescents des régions rurales et éloignées, dans le but d'éviter que les enfants qui vivent dans ces régions aient nécessairement à se rendre à Winnipeg ou à Thompson pour obtenir des services. *(point 8.1)*

Que le ministère de la Santé embauche en priorité un ou plusieurs psychiatres au Child and Adolescent Treatment Centre de Brandon afin de fournir des services internes et externes aux familles de Brandon et des régions environnantes. *(point 8.1)*

Que le ministère de la Santé fournisse des fonds pour développer le présent programme de formation sur la santé mentale des enfants et des adolescents à l'intention du personnel des Premières nations, en utilisant les installations de télésanté. *(point 8.1)*

Que le ministère de la Santé finance un programme de télésanté en santé mentale à Winnipeg pour améliorer l'accessibilité des collectivités rurales et des collectivités des Premières nations du Manitoba aux soins psychiatriques et aux conseils de spécialistes en santé mentale. *(point 8.1)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement finance cinq nouvelles places à l'unité de stabilisation en cas de crise chez les filles. *(point 8.1)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement et le ministère de la Santé unissent leurs efforts pour former des équipes d'intervention mobiles et mettre au point des programmes de stabilisation en cas de crise dans toutes les régions du Manitoba qui n'ont pas encore de programme du genre. *(point 8.1)*

La planification de l'émancipation à l'âge de la majorité

Que le ministère des Services à la famille et du Logement élabore un document-cadre sur les besoins et l'aide offerte aux jeunes qui cessent d'être pris en charge par le système de protection

de l'enfance, de sorte qu'un système de soutien continu soit en place à la fin de leur prise en charge. *(point 8.3)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement élabore un document-cadre sur les besoins et l'aide offerte aux jeunes atteints de l'ETCAF qui cessent d'être pris en charge par le système de protection de l'enfance. *(point 8.3)*

Que les Services de protection des enfants revoient leurs politiques de prolongation des soins des jeunes atteints de l'ETCAF, de THADA, de troubles d'apprentissage ou de troubles de santé mentale qui ne sont pas admissibles aux services externes existants, pour que ceux et celles qui n'arrivent pas à vivre de façon autonome reçoivent le soutien dont ils ont besoin de l'âge de 18 ans jusqu'à l'âge de 25 ans. *(point 8.3)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement fournisse un financement de base au programme FASD Life's Journey à Winnipeg et mette sur pied un programme semblable à Brandon et à Thompson, afin d'offrir des services de défense des droits et des services de soutien aux jeunes adultes atteints de l'ETCAF qui cessent d'être pris en charge par le système de protection de l'enfance. *(point 8.3)*

Les enfants et les jeunes

Que le personnel de la protection de l'enfance et les personnes qui fournissent des soins aux enfants placés reçoivent une formation qui les aidera à reconnaître les signes d'abus de drogues et d'alcool et à connaître les ressources d'aide qui sont à leur disposition. *(point 8.5)*

Lorsque les besoins le justifient, qu'un service pour les adolescents soit créé au sein des offices locaux de protection de l'enfance et que des offices chargés de la réception des demandes soient mis sur pied pour s'occuper des évaluations et des services destinés aux adolescents. *(point 8.3)*

Que les offices soutiennent et appuient le projet d'identification des mineurs du Manitoba, en s'assurant d'avoir des photographies numériques de tous les enfants pris en charge, pour qu'en cas d'urgence, les photographies d'un enfant puissent être distribuées rapidement aux services policiers et aux médias. *(point 8.4)*

Que les offices mettent sur pied une collection de photographies numériques des enfants qui leur sont confiés, à utiliser en cas d'urgence. *(point 8.4)*

Dès qu'un office reçoit des renseignements sur de mauvais traitements envers un enfant ou un adolescent, qu'une enquête complète soit effectuée pour confirmer la véracité du signalement, quel que soit l'âge de l'enfant. *(point 8.2)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement, en finançant davantage les programmes de prévention, augmente spécialement les fonds destinés aux services de counseling familial pour les parents et les adolescents qui vivent un conflit ayant entraîné l'intervention d'un office de protection de l'enfance. *(point 8.2)*

Que les ministères de la Santé et de la Justice assurent le financement d'un nombre suffisant de places pour le traitement en établissement de jeunes toxicomanes dans les quatre semaines après qu'ils aient été dirigés vers ce type de traitement. *(point 8.5)*

Que l'Addictions Foundation of Manitoba revoie ses politiques concernant les méthodes de traitement des jeunes toxicomanes en reconsidérant particulièrement les politiques sur la « disposition personnelle » au traitement. *(point 8.5)*

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)

Que le ministère des Services à la famille et du Logement accorde les fonds nécessaires pour que chacun des offices de protection de l'enfance engage un spécialiste de l'ETCAF. Ces spécialistes aideront à accroître les possibilités de diagnostic chez les enfants soupçonnés d'être atteints de l'ETCAF, et collaboreront avec les agents de première ligne, les parents nourriciers et les fournisseurs de soins afin d'élaborer des plans de soins adaptés aux enfants exposés à l'alcool ou à des substances intoxicantes avant la naissance. *(point 8.7)*

Qu'une formation approfondie sur la problématique de l'ETCAF dans le système de protection de l'enfance soit donnée dans tous les offices de protection de l'enfance. *(point 8.7)*

Les normes

Que les Services de protection des enfants et les quatre régions veillent au respect dans l'ensemble de la province de la section 1.1.6 du *Guide de normalisation des services à l'enfant et à la famille* sur les transferts de cas. *(point 9.1)*

Que les Services de protection des enfants, de concert avec les quatre régions, en tenant compte des recommandations du rapport de l'enquête Snowden, exigent des parents nourriciers et des autres fournisseurs de soins qui ont une piscine ou un spa à la maison ou dont la maison se trouve à proximité d'un plan d'eau qu'ils reçoivent une formation en sécurité aquatique. De plus, le coût de la formation devrait être assumé par les Services de protection des enfants plutôt que par les fournisseurs de soins. *(point 5.1)*

Que les Services de protection des enfants réitèrent auprès des directeurs des offices l'importance de suivre les normes des offices concernant les visites des foyers, le maintien d'une communication continue avec les organismes tiers et la tenue de réunions régulières sur les services lorsque des ressources secondaires interviennent auprès d'une famille ou d'un enfant dans le cadre d'un plan de soins. *(point 9.2)*

Que les Services de protection des enfants donnent la priorité à l'achèvement du manuel des normes provinciales. *(point 9.3)*

Que les offices suivent les recommandations du rapport d'enquête sur le dossier Schmidt et aient comme politique de confier une charge de travail réduite aux nouveaux employés pendant leurs six premiers mois de travail. *(point 9.3)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement veille à ce que les charges de travail aient un niveau gérable. *(point 9.6)*

Que tous les fournisseurs de soins utilisent exclusivement des dispositifs de sécurité pour enfants approuvés par le gouvernement (siège d'auto, lits d'enfants, parcs, etc.) aux fins auxquelles ils sont destinés et qu'ils ne les modifient ni ne les altèrent en aucun cas. *(point 5.2)*

Que les offices de protection de l'enfance veillent à ce que les foyers nourriciers aient l'information pertinente et respectent les règlements existants applicables en matière d'entreposage des fusils, des médicaments et des substances toxiques. *(point 6.4)*

Le Système d'information des services à l'enfant et à la famille (SISEF)

Que les Services de protection des enfants élaborent des procédures de sorte que les offices de protection de l'enfance soient tenus de procéder à une vérification complète des antécédents lorsque des familles qui ont besoin de services déménagent dans leur territoire ou changent de fournisseurs de services. *(point 9.1)*

Que les quatre régions veillent à ce que tous les offices indiquent dans les dossiers du SISEF le décès d'un enfant qui leur était confié et que les dossiers du SISEF soient mis à jour chaque semaine. Que les fonds nécessaires soient mis à la disposition des offices pour qu'ils puissent mettre en œuvre cette recommandation. *(point 10.0)*

L'unité commune d'admission (Joint Intake and Response Unit)

Que l'unité commune d'admission (Joint Intake and Response Unit ou JIRU) donne une série de séances d'information sur ses services aux offices qui fournissent des services à Winnipeg. *(point 9.1)*

Les ressources et la formation

Que la formation axée sur les compétences comprenne un module sur les principes de tolérance et de lutte contre le racisme qui soit présenté dans une perspective axée sur les forces. Étant donné le rôle des superviseurs dans le ton et les valeurs adoptés par leur équipe, un tel module devrait également faire partie de la formation des superviseurs. *(point 8.6)*

Que les lignes directrices pour signaler les cas d'enfants ayant besoin de protection soient distribuées tous les ans par les Services de protection des enfants à tous les professionnels concernés. *(point 7.1)*

Que les Services de protection des enfants préparent un court exposé à présenter à tous les organismes communautaires dans le cadre d'une séance d'information sur la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et sur l'article 18 de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* en ce qui a trait à l'obligation de signaler les cas d'enfants ayant besoin de protection. *(point 9.2)*

Que les Services de protection des enfants réintègrent les normes sur les signalements dans le guide des normes des programmes. *(point 9.2)*

Que les Services de protection des enfants travaillent de concert avec les organismes manitobains d'établissement et d'aide aux immigrants à la mise au point d'ateliers sur le rôle du système de protection de l'enfance au Manitoba et que ces ateliers soient offerts régulièrement aux groupes de réfugiés et d'immigrants. *(point 8.6)*

Que les offices de protection de l'enfance mettent à la disposition de tous les adolescents intéressés de l'information sur les ressources pour les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et transsexuels. *(point 8.6)*

Que les lignes directrices pour signaler les cas d'enfants ayant besoin de protection soient distribuées tous les ans par les Services de protection des enfants à tous les professionnels concernés. *(point 9.2)*

Que le personnel des offices, dans les six premiers mois d'emploi, reçoive une formation sur les mesures de sécurité et sur les compétences nécessaires pour désamorcer les situations dangereuses, et suive des cours de perfectionnement tous les deux ans. *(point 10.0)*

Que de l'information ou de la formation soit donnée à tous les employés des offices sur l'emplacement, les compétences et les pratiques de tous les offices de protection de l'enfance du Manitoba. La formation pourrait aussi comprendre de l'information sur les protocoles des offices, les personnes à contacter et une révision des normes provinciales sur les transferts de cas. *(point 9.1)*

Que le programme de formation axé sur les compétences contienne une formation de base sur les services à l'enfant et à la famille qui porte notamment sur la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, les normes et les procédures, que le personnel de la protection de l'enfance suivrait obligatoirement avant de se voir confier des dossiers. *(point 9.3)*

Que tous les agents de la protection de l'enfance terminent le premier module du programme de formation axée sur les compétences dans les six mois qui suivent leur entrée en fonction dans un office de protection de l'enfance. *(point 9.3)*

Que le programme de formation axé sur les compétences destiné aux superviseurs contienne un module d'encadrement des agents de première ligne dans le but de vérifier s'ils connaissent les normes provinciales et les appliquent. *(point 9.3)*

Que le gouvernement provincial émette une directive et que soit élaboré un module de formation sur l'obligation de communiquer les renseignements et sur les dispositions législatives en matière de protection de la vie privée dans les enquêtes visant la protection de l'enfance. *(point 9.2)*

Les questions liées aux collectivités rurales, nordiques et éloignées

Que l'on augmente les fonds destinés aux programmes de prévention et d'aide aux familles du Nord pour que des fonds adéquats permettent de fournir des services équivalents aux services offerts dans le Sud. *(point 9.6)*

Le soutien offert en situation de crise

Que les Services de protection des enfants mettent sur pied immédiatement une équipe de counseling en cas de crise qui sera envoyée en cas de décès ou de blessures graves d'un enfant à l'office qui intervenait auprès de l'enfant. Cette équipe collaborera étroitement avec les agents de l'office, les parents nourriciers et les autres enfants pris en charge pour que toutes les personnes touchées par le décès reçoivent du soutien et que toutes les questions administratives soient réglées. *(point 10.0)*

Qu'un module sur le counseling en cas de crise soit ajouté au programme de formation axée sur les compétences comme complément de formation et qu'au moins un membre du personnel de chacun des offices soit encouragé à suivre cette formation. *(point 10.0)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement mette jusqu'à 5 000 \$ à la disposition des offices pour qu'ils offrent des séances de counseling aux parents nourriciers et au personnel des foyers de groupe à la suite du décès d'un enfant placé dans leur foyer ou dans leur établissement. Ces fonds seraient accordés sur présentation au ministère des Services à la famille et du Logement de toutes les factures de counseling liées au décès de l'enfant. *(point 10.0)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement fasse passer la somme des indemnités supplémentaires à un montant maximum de 1 000 \$, sur présentation des reçus, pour couvrir les frais supplémentaires découlant des éléments suivants : a) les funérailles, les veilles et autres cérémonies traditionnelles; b) les déplacements des membres de la famille immédiate d'un enfant placé pour qu'ils puissent assister aux funérailles, aux veilles ou à une cérémonie traditionnelle. *(point 10.0)*

Que les Services de protection des enfants rédigent des normes concernant les protocoles de soutien du personnel des offices en cas de décès inattendu d'un client. Les protocoles devraient comprendre : a) des protocoles d'information du personnel responsable et des parents nourriciers (au moment du décès et dans le passé), ainsi que des membres de la famille de l'enfant; b) jusqu'à deux jours de congé de deuil pour les agents touchés par le décès soudain d'un client; c) des protocoles de soutien pour tous les survivants, y compris les autres enfants du foyer nourricier de l'enfant décédé. *(point 10.0)*

Que le personnel des offices, dans les six premiers mois d'emploi, reçoive une formation sur les mesures de sécurité et sur les compétences nécessaires pour désamorcer les situations dangereuses, et suive des cours de perfectionnement tous les deux ans. *(point 10.0)*

Les enfants ayant des déficiences

Que le gouvernement du Manitoba élabore une méthode efficace d'aide aux enfants ayant des besoins médicaux complexes qui n'exige pas des familles qu'elles signent un contrat de placement volontaire comme condition à remplir pour recevoir les services appropriés. *(point 4.1)*

Que les quatre régions créent un sous-comité sur la situation des enfants ayant des besoins médicaux complexes qui élaborera des politiques et des procédures concernant les meilleures façons d'aider ces enfants au sein du système de protection de l'enfance. *(point 4.1)*

Enfants en santé Manitoba

Qu'Enfants en santé Manitoba élabore et diffuse de l'information sur la réduction des facteurs de risque du SMSN dans les centres qui offrent le programme Bébés en santé, les centres de santé et les hôpitaux de tout le Manitoba. *(point 4.3)*

L'évaluation du risque

Que les quatre régions se réunissent pour mettre au point un outil concis d'évaluation du risque ou des outils représentatifs des besoins de la province ou de ses diverses régions. *(point 7.1)*

Que les quatre régions veillent à ce que des évaluations formelles du risque soient faites pour tout enfant desservi de moins de cinq ans dès la réception d'une demande, et que de nouvelles évaluations soient faites lorsque l'enfant est pris en charge, est placé dans un nouveau foyer nourricier ou se prépare à retourner vivre avec sa famille d'origine. *(point 7.1)*

Que des exemplaires du document *Protection de l'enfance et enfants maltraités — Protocoles à l'intention des travailleuses et des travailleurs sociaux* soient distribués à tous les agents de la protection de l'enfance du Manitoba. *(point 7.1)*

Les femmes à haut risque

Que le programme *Mettons fin au SAF* soit offert également dans les collectivités les plus à risque du Manitoba et qu'il soit offert aux femmes enceintes à haut risque âgées de 18 à 25 ans qui demandent d'y participer volontairement. *(point 4.2)*

Que les programmes et services périnataux existants soient aussi offerts aux femmes âgées de 18 à 25 ans qui demandent d'y participer volontairement. *(point 4.2)*

Qu'un comité provincial sur la prévention de l'ETCAF et les mesures d'intervention dans le domaine soit mis sur pied pour trouver des méthodes innovatrices que les offices de protection de l'enfance pourraient utiliser pour aider les mères à haut risque et les jeunes susceptibles de devenir parents à réduire leur consommation d'alcool et de drogues. *(point 4.2)*

La gestion des cas

En raison du nombre élevé de nouveaux agents et d'agents réaffectés, que les offices obtiennent des fonds pour embaucher un expert de la gestion de cas, qui assumerait des tâches d'enseignement, de formation et d'organisation en gestion de cas, en tenant compte de la philosophie et des ressources des offices. Cet expert devrait donner la formation dans les collectivités où les services sont fournis. *(point 9.5)*

La prévention

Qu'un comité formé de professionnels de la santé, d'agents de la protection de l'enfance et de membres de la collectivité locale soit créé dans les régions nordiques, rurales et éloignées pour assurer une continuité dans la prestation de services aux enfants et aux jeunes qui vivent dans les réserves et hors des réserves. *(point 9.5)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement fasse passer immédiatement les prestations destinées aux activités sociales et récréatives des enfants pris en charge de 1,47 \$ par jour à 2 \$ par jour et que les offices réunissent les sommes pour assumer les frais de la participation des enfants pris en charge à des programmes récréatifs, comme des camps, des cours ou des cercles sociaux. *(point 7.2)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement affecte des fonds, par l'intermédiaire de ses programmes de prévention, pour soutenir des programmes sociaux et récréatifs qui encouragent les choix de vie sains chez les enfants et les jeunes qui reçoivent des services d'un office de protection de l'enfance. *(point 7.2)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement, de concert avec tous les autres ministères pertinents, affecte des fonds à la prévention pour soutenir des programmes sociaux et récréatifs qui encouragent les choix de vie sains chez les enfants et les jeunes qui reçoivent des services d'un office de protection de l'enfance. Il serait bon de faire la promotion auprès des familles à haut risque d'activités récréatives gratuites et familiales en tant qu'activités saines. *(point 7.2)*

Que les Services de protection des enfants fassent une étude des besoins des adolescents en matière de services, en portant une attention particulière aux pratiques qui tiennent compte des besoins uniques des adolescents, et présentent un rapport sur leur étude au ministère des Services à la famille et du Logement au plus tard en décembre 2007. *(point 8.2)*

Que les offices, lorsqu'ils confient le dossier d'un adolescent ou d'une famille à un organisme communautaire, fassent un suivi dans les trois mois pour vérifier si les services sont utilisés et si d'autres services d'aide sont nécessaires. *(point 8.2)*

Que le ministère des Services à la famille et du Logement, en finançant davantage les programmes de prévention, augmente spécialement les fonds destinés aux services de counseling familial pour les parents et les adolescents qui vivent un conflit ayant entraîné l'intervention d'un office de protection de l'enfance. *(point 8.2)*

Intervention mobile et stabilisation en cas de crise

Que l'équipe d'intervention mobile de Winnipeg embauche un autre agent de soir pour répondre aux besoins des jeunes en situation de crise. (*point 8.1*)

Que le ministère des Services à la famille et du Logement finance cinq nouvelles places à l'unité de stabilisation en cas de crise chez les filles. (*point 8.1*)

Que le ministère des Services à la famille et du Logement et le ministère de la Santé unissent leurs efforts pour former des équipes d'intervention mobiles et mettre au point des programmes de stabilisation en cas de crise dans toutes les régions du Manitoba qui n'ont pas encore de programme du genre. (*point 8.1*)

Que le ministère des Services à la famille et du Logement et le ministère de la Santé augmentent les sommes destinées aux services de traitement externes pour les enfants, les jeunes et les familles pour qu'ils aient accès à des services de counseling dans les 12 semaines qui suivent l'aiguillage vers ces services. (*point 8.1*)

Les services de santé

Que la clinique de diagnostic du SAF du Centre des sciences de la santé reçoive des fonds pour diagnostiquer les jeunes de 10 à 18 ans soupçonnés d'avoir été exposés à l'alcool ou à des drogues avant la naissance et leur offrir des services de consultation. (*point 8.7*)

Que le ministère de la Santé se joigne aux régies régionales de la santé pour rédiger un protocole d'évaluation et de traitement des enfants et des adolescents qui se présentent aux urgences des hôpitaux en ayant des pensées dépressives, suicidaires ou d'automutilation. Le protocole devrait comprendre une évaluation, des services de suivi et une procédure de transmission immédiate des renseignements à l'office local de protection de l'enfance si la sécurité de l'enfant est menacée. (*point 6.3*)

Le Bureau du médecin légiste en chef

Que les rapports du médecin légiste en chef soient produits obligatoirement dans un délai fixe, pour qu'on puisse en disposer au moment opportun. Pour y arriver, lorsque la charge de travail est élevée, on pourrait embaucher des enquêteurs externes. (*point 2.1*)

Que, sur demande, les examens exigés en vertu de l'article 10 de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* se fassent dans la collectivité où le décès est survenu. (*point 2.1*)

1.0 Introduction

« *Nous ne pouvons pas nous permettre de perdre nos précieux enfants. Pas un enfant de plus, plus jamais. Il est grand temps que nous agissions en leur nom¹.* »

*Nelson Mandela et Graça Machel
Mouvement mondial en faveur des enfants*

L'article 19 de la *Convention relative aux droits de l'enfant* des Nations Unies stipule que les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour protéger les enfants contre toute forme de violence. Pourtant, tous les ans, le système de protection de l'enfance du Manitoba intervient auprès de nombreuses familles pour empêcher que des centaines d'enfants subissent de mauvais traitements dans leur foyer ou dans leur milieu. Malheureusement, en dépit des efforts déployés, un petit groupe d'enfants décèdent chaque année, même s'ils reçoivent des services d'un office de protection de l'enfance. Certains décèdent dans leur foyer, d'autres décèdent dans la collectivité, en raison d'activités dangereuses ou d'un accident mortel.

En mars 2006, les Manitobains ont appris la mort de Phoenix Sinclair, une fillette de cinq ans que le système de protection de l'enfance avait de nouveau confiée à sa mère biologique. Phoenix est décédée peu après être retournée vivre avec sa famille. Son décès est un événement tragique de trop qui rappelle aux Manitobains la difficulté de la collectivité et du système de protection de l'enfance d'intervenir afin d'éviter le décès de cette enfant et d'autres enfants comme elle.

En réponse à la mort de Phoenix Sinclair, le 21 mars 2006, la ministre des Services à la famille et du Logement, M^{me} Christine Melnick, a exigé la tenue d'une étude indépendante du système de protection de l'enfance du Manitoba. L'étude devait comporter trois volets : un examen des méthodes de gestion des dossiers dans le système de protection de l'enfance, une enquête indépendante sur les circonstances entourant la mort de Phoenix Sinclair et un examen externe des décès d'autres enfants auxquels le système de protection de l'enfance avait fourni des services dans l'année précédant leur décès. Le présent rapport vise à présenter les résultats de l'examen des décès d'enfants et de jeunes connus du système de protection de l'enfance, qui sont survenus de l'année 2003 au mois de mars 2006.

En vertu du paragraphe 4(2) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, le directeur de la protection de l'enfance ou une régie peuvent demander la tenue d'un examen externe de questions relatives au bien-être de tout enfant visé par cette loi. Plus précisément, ce paragraphe prévoit que le directeur ou une régie peuvent :

[...] procéder à des enquêtes et à des recherches concernant le bien-être de tout enfant visé par la présente loi.

¹ Extrait du Sommet mondial pour les enfants 1999. Pour de plus amples renseignements, consulter le site Internet <www.unicef.org>.

Le présent examen a probablement été le premier examen officiel de certains aspects du système de protection de l'enfance du Manitoba depuis sa restructuration. En 2003, le Manitoba a entrepris une transition historique dans la prestation des services de protection de l'enfance. Depuis le mois d'août 2000, le gouvernement du Manitoba, la Manitoba Métis Federation, Manitoba Keewatinowi Okimakanak et l'Assembly of Manitoba Chiefs travaillent de concert à la restructuration des services à l'enfant et à la famille fournis dans toute la province. Aujourd'hui, les familles peuvent choisir de recevoir des services de protection de l'enfance de l'office avec lequel elles ont des affinités culturelles ou d'un autre office de leur choix². Ces nouvelles possibilités ont entraîné des changements majeurs, du fait que les dossiers de milliers d'enfants ont été confiés aux offices autochtones, qui en sont désormais responsables.

Des changements de cette envergure ne peuvent faire autrement que de causer certains problèmes au début, le temps que les offices et leur personnel règlent les questions d'organisation. Les offices ont grossi, ont rapetissé et ont évolué pour relever les nouveaux défis. Le personnel a travaillé d'arrache-pied pour assimiler tous les changements. Toutefois, le système a été inévitablement touché par ces changements considérables dont il a été l'objet, pendant la période d'adaptation des familles et des professionnels. Le présent examen avait pour but de déterminer si les changements avaient eu des répercussions négatives sur la vie et le décès des enfants connus du système de protection de l'enfance.

L'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants a mené ses travaux dans les locaux du Bureau du protecteur des enfants. Elle était dirigée par Billie Schibler, protectrice des enfants du Manitoba, et Jim Newton, chef des services de psychologie du Manitoba Adolescent Treatment Centre. Les codirecteurs ont réalisé l'examen en collaboration avec les quatre enquêteurs suivants :

Kathy Jones (chef d'équipe) :

Kathy possède un baccalauréat en service social de l'Université polytechnique Ryerson, une maîtrise ès arts de l'Université de Toronto et un doctorat de l'Université du Manitoba. Pour la réalisation de l'examen, elle a été détachée des West Region Child and Family Services, où elle travaille depuis huit ans comme superviseure des traitements et des services offerts aux enfants ayant des besoins spéciaux.

Cybil Williams :

Cybil est titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en service social de l'Université du Manitoba. Au cours des huit dernières années, elle a occupé divers postes de première ligne et de supervision pour les Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg, l'office Awasis et les Intertribal Child and Family Services.

Jocelyn Greenwood :

Jocelyn a travaillé cinq ans en gestion dans divers organismes de services sociaux du Manitoba. Ces dernières années, elle a enseigné le counseling au Collège communautaire Red River et elle a rédigé un rapport sur des questions autochtones pour le Service de police de Winnipeg. Jocelyn

² Commission d'enquête sur l'administration de la justice et les Autochtones — Initiative de protection de l'enfance, août 2001.

s'intéresse spécialement aux questions de violence familiale envers les femmes et les enfants autochtones.

Dave McDonald :

Dave possède un baccalauréat de l'Université du Manitoba et une maîtrise en service social de l'École maritime de service social de l'Université Dalhousie. En 1999, il a pris sa retraite des Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg, où il a travaillé comme directeur des services du secteur Est.

Pendant les quatre mois qu'a duré l'examen, l'équipe a étudié les circonstances entourant le décès d'enfants qui avaient reçu des services de protection de l'enfance pendant l'année précédant leur décès. Les membres de l'équipe ont également rencontré de nombreux employés des offices et des dirigeants communautaires pour éclaircir des questions soulevées dans leur examen des dossiers de décès d'enfants. L'équipe recherchait spécialement des situations types, des anomalies, des tendances et des points en commun dans les dossiers pour déterminer si des éléments, quels qu'ils soient, auraient pu améliorer la qualité de vie et, possiblement, empêcher le décès des enfants visés par l'examen.

L'équipe chargée de l'examen a élaboré le présent rapport selon une perspective de « collectivité saine³ », c'est-à-dire, qu'elle a tenu compte du fait que le système de protection de l'enfance n'est pas séparé du reste de la collectivité, mais plutôt qu'il en fait partie. Les enfants et les familles qui reçoivent des services de protection de l'enfance doivent les recevoir en plus de ceux qui sont offerts par les autres organismes du milieu, les réseaux d'aide informels et les familles. Le but du système de protection de l'enfance n'est pas seulement de protéger les enfants, mais aussi d'aider les familles à bien fonctionner. Par conséquent, le présent rapport ne porte pas seulement sur les services des organismes de protection de l'enfance, mais aussi sur les services offerts aux enfants et aux familles par la collectivité en général, pour vérifier si des services existaient et étaient accessibles en cas de besoin.

Au total, l'équipe a examiné 99 dossiers de décès d'enfants et de jeunes. Bien que ce nombre puisse sembler élevé, il convient de souligner que plus de la moitié des 99 enfants sont décédés de causes naturelles, notamment de blessures infantiles, d'une naissance prématurée ou d'anomalies à la naissance. L'équipe a tenu compte de ces enfants dans le rapport, car leur décès fournit des données utiles à la prévention d'autres décès dans des circonstances semblables au Manitoba.

Comme l'a dit un des membres de l'équipe, « les systèmes et les études des systèmes, par leur nature même, n'aident pas les gens. Ce sont les gens qui aident les gens. Les personnes qui ont bon cœur, qui donnent d'elles-mêmes, qui sont touchées par la douleur et le désespoir, qui sont compréhensives et attentionnées, et qui donnent confiance et créent de l'espoir; ce sont ces personnes qui sont capables d'aider les familles et les enfants ».

³ Pour plus de détails sur la question, voir le document de Santé Canada, *Le développement sain des enfants et des jeunes — Le rôle des déterminants de la santé*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1999.

2.0 Méthodologie

L'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants a reçu de la ministre des Services à la famille et du Logement le mandat de procéder à un examen spécial des décès survenus au Manitoba d'enfants auprès desquels le système de protection de l'enfance était intervenu, de 2004 à 2006. Comme nous l'avons indiqué plus tôt, le projet visait à examiner en détail les situations types, les anomalies, les tendances et les points en commun relevés dans les dossiers pour déterminer si des éléments, quels qu'ils soient, auraient pu améliorer la qualité de vie des enfants et pourraient prévenir le décès d'autres enfants dans des circonstances similaires.

L'examen mené par l'équipe s'est fondé sur les rapports rédigés par le Bureau du médecin légiste en chef (BMLC), en vertu de l'article 10 de la *Loi sur les enquêtes médico-légales (LEML)*. Un rapport rédigé en vertu de cet article est une évaluation du dossier de protection d'un enfant faite par le personnel du BMLC. Un tel rapport contient des renseignements sur la vie et les circonstances de la mort d'un enfant, ainsi que les points entourant la mort de l'enfant qui inquiètent l'évaluateur. Le rapport devait ensuite être présenté à des fins d'examen au ministre des Services à la famille et du Logement.

Tôt en début d'examen, il est devenu évident que le BMLC présentait un retard dans le traitement d'environ 46 dossiers et que ces dossiers ne pourraient pas être étudiés par l'équipe dans les délais prévus pour l'examen⁴. De plus, les dossiers manquants étaient répartis dans toute la période visée par l'examen, de sorte que les rapports du médecin légiste en chef n'étaient terminés pour aucune des années visées. Par conséquent, la période visée par l'examen a été élargie afin d'inclure les décès d'enfants en 2003, étant donné que tous les dossiers de cette année étaient terminés, à l'exception d'un seul⁵. Le fait d'ajouter l'année 2003 permettait l'étude de situations types précises à l'intérieur d'une même année civile.

Au total, 147 dossiers étaient admissibles à l'examen. Cent d'entre eux avaient été étudiés par le médecin légiste en chef et faisaient l'objet d'un rapport en vertu de l'article 10 de la *LEML*. Le rapport du médecin légiste en chef manquait pour un des dossiers visés par l'examen. L'équipe s'est donc chargée d'en faire l'étude⁶. Deux dossiers ont été retirés en raison de l'intervention mineure du système de protection de l'enfance et l'absence de lien avec la mort naturelle de l'enfant. En tout, l'équipe a fondé son examen sur 99 dossiers. La répartition des dossiers admissibles et des dossiers examinés est précisée à la figure 1.

⁴ Pour plus de détails sur les questions liées au Bureau du médecin légiste en chef et sur les rapports rédigés en vertu de l'article 10 de la *LEML*, voir le point 2.1.

⁵ Afin de disposer d'un ensemble complet de données pour l'année 2003, l'équipe a étudié elle-même le dossier de 2003 dont le médecin légiste en chef n'avait pas terminé le rapport.

⁶ *Ibid.*

Figure 1 : Répartition des dossiers admissibles et des dossiers examinés

Dossiers admissibles		Dossiers examinés	
Type de décès	Nombre de décès	Type de décès	Nombre de décès
naturel	76	naturel	54
suicide	24	suicide	12
indéterminé	12	indéterminé	6
accidentel	13	accidentel	9 ⁷
homicide	20 ⁸	homicide	18
total	145		99

Au début de l'examen, l'équipe a classé les rapports du médecin légiste en chef en deux groupes :

- a) les enfants morts de causes naturelles (groupe 1)⁹;
- b) les enfants victimes d'un homicide ou d'un accident, morts par suicide ou dont la cause du décès est indéterminée (groupe 2).

Dans son examen, l'équipe a utilisé les rapports d'autopsie du D^r Thambirajah Balachandra, du Bureau du médecin légiste en chef, pour déterminer la nature du décès de chacun des enfants.

En rassemblant les données aux fins de son examen, l'équipe a adopté une approche d'étude de cas comparative¹⁰. Cette approche permettait d'utiliser une combinaison de statistiques, d'entrevues et des résultats de l'étude des rapports sur le décès de chacun des enfants. Toutefois, l'équipe a fait des entrevues et réuni des données supplémentaires uniquement pour les enfants du groupe 2, étant donné qu'elle prévoyait que ces dossiers de décès étaient ceux qu'il faudrait examiner plus en détail.

⁷ *Ibid.*

⁸ Un des dossiers d'homicide a été étudié par un examinateur externe, et non pas par l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants.

⁹ Les décès liés à la mort subite du nourrisson et les décès de bébés de cause inconnue entraient dans le groupe 1.

¹⁰ Une étude comparative est un type d'étude qui organise d'abord les données en dossiers individuels (dans le cas présent, chacun des décès), et qui compare ensuite les dossiers à d'autres dossiers semblables (le groupe de décès). Gilgun (1994) estime que cette méthode est particulièrement utile dans la recherche en service social, par sa ressemblance et son caractère applicable à la pratique.

Données statistiques

L'équipe a tiré ses données statistiques des rapports du médecin légiste en chef et des renseignements contenus dans le Système d'information des Services à l'enfant et à la famille (SISEF), une base de données sur les familles auprès desquelles le système de protection de l'enfance est intervenu. Les renseignements réunis portaient notamment sur le type de décès, les circonstances du décès, le travail de protection de l'enfance, le type de placement et le rôle de l'office de protection de l'enfance. Les données que nous venons de décrire ont été compilées et forment la partie statistique de l'étude. Les outils utilisés sont présentés à l'annexe 1 du présent rapport.

Environ la moitié des dossiers examinés entrait dans le « groupe 1 », un groupe réunissant la majorité des enfants décédés d'une mort naturelle avant l'âge de deux ans. Ces décès comprenaient les décès d'enfants nés prématurément, les décès d'enfants qui avaient de multiples anomalies congénitales et les décès s'apparentant au SMSN (syndrome de mort subite du nourrisson). Parmi ces enfants, quelques-uns avaient développé des maladies graves, comme des tumeurs au cerveau, la leucémie, une insuffisance rénale, et sont morts de ces maladies. Bien que le décès de ces enfants n'avait pas de lien avec le réseau des services à l'enfant et à la famille, l'équipe a tout de même examiné des éléments qui ont pu contribuer à leur décès et des éléments qui auraient pu améliorer la qualité de vie de ces enfants et de leur famille. Dans certains cas, des dossiers de mort naturelle sont venus corroborer des points ou des thèmes dégagés dans les dossiers des enfants décédés de mort non naturelle.

L'équipe a également établi des statistiques sur les décès de tous les enfants pris en charge au Manitoba, de 2003 à 2005. Ces statistiques provenaient des dossiers étudiés par l'équipe et des dossiers exclus de l'étude en raison de l'absence de rapport du médecin légiste en chef à leur égard. Les données ont été comparées aux taux de décès de la Saskatchewan, ainsi qu'aux statistiques nationales. Pour certaines données, la tâche s'est avérée plutôt complexe, étant donné que les définitions et les méthodes de collecte de données de la Saskatchewan sont différentes. Lorsque c'était possible, l'équipe a adapté certaines données pour tenter de mieux mettre en relief les points importants. Le cas échéant, les notes de bas de page indiquent les modifications qui ont été apportées.

Entrevues et rencontres avec des tiers

Une fois les données statistiques compilées, l'équipe a interviewé le personnel de la protection de l'enfance responsable de l'enfant au moment de son décès. Dans certains cas, l'équipe a également interviewé d'autres tiers, comme des superviseurs des offices, des parents nourriciers, d'autres fournisseurs de soins, des policiers, des travailleurs de la santé et des membres des familles.

Tout d'abord, l'équipe a réalisé une brève entrevue avec le représentant de l'office qui était responsable de l'enfant au moment de son décès, en utilisant un questionnaire préparé par des membres de l'équipe. Les questions portaient notamment sur le niveau d'intervention de l'office auprès de l'enfant ou de la famille, les détails du placement, les besoins de l'enfant, les mesures

prises par l'agent responsable pour répondre aux besoins de l'enfant et l'intervention d'organismes externes.

De plus, l'équipe s'est renseignée sur la charge de travail, la formation des agents et le respect des normes des offices. Les questions ont été formulées à la suite d'un premier examen de tous les rapports du médecin légiste en chef et résumaient certaines des grandes questions soulevées dans ces rapports. Les thèmes des entrevues se trouvent à l'annexe 1 du présent rapport.

Dans des cas particuliers, l'équipe a réuni des renseignements supplémentaires sur les décès en se fondant notamment sur le rapport de police, les rapports médicaux et des entrevues avec d'autres personnes-ressources. Le matériel rassemblé et les questions posées pendant ces entrevues découlaient des données déjà collectées et ont aidé à mieux cerner les circonstances des décès.

Enfin, l'équipe a interviewé des intervenants de divers organismes qui s'occupaient d'enfants vulnérables, notamment des représentants du Service de police de Winnipeg, des services de santé mentale et de divers organismes qui fournissent des services aux enfants et aux adolescents. Ces personnes ont fourni des renseignements utiles sur la prestation de services dans la province, ainsi que des idées sur des façons d'améliorer le système actuel. La liste des personnes interviewées est fournie dans la partie *Références* du présent rapport.

Pendant la collecte du matériel, différentes questions se sont posées et l'équipe en a discuté lors de réunions hebdomadaires. Ces réunions ont permis à l'équipe de mieux définir certains points et d'assurer ainsi une uniformité interne. Les membres de l'équipe se sont également renseignés sur des recherches et des pratiques actuelles susceptibles d'appuyer les thèmes dégagés, qui constituent l'essentiel du présent rapport.

2.1 Les rapports du médecin légiste en chef

On a demandé à l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants de se fonder sur les rapports établis par le médecin légiste en chef à la suite du décès d'un enfant qui avait reçu des services de protection de l'enfance dans l'année précédant son décès. Ces rapports sont obligatoires en vertu du paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales (1990)*. Le paragraphe 10(1) stipule ce qui suit :

10(1) S'il reçoit un rapport d'enquête concernant le décès d'un enfant qui, au moment de son décès ou au cours de l'année précédant ce moment :

(a) soit avait été confié à un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

b) soit avait un parent ou un tuteur recevant d'un office des services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

le médecin légiste en chef évalue la qualité ou le niveau des soins et des services offerts par l'office :

- c) en examinant les dossiers de l'office relatifs à l'enfant et au parent ou tuteur;
- d) en évaluant les mesures prises par l'office concernant l'enfant et le parent ou tuteur.

Malheureusement, après avoir consulté le BMLC, il est apparu clairement que près d'une cinquantaine de rapports ne pourraient être obtenus, faute d'être terminés. La répartition des rapports dont l'équipe n'a pas pu disposer est fournie à la figure 2.

Figure 2 : Description des rapports manquants, par année et par type de décès

2004

Type de décès	Nombre de décès
naturel	1
suicide	1

2005

Type de décès	Nombre de décès
naturel	17
suicide	10
indéterminé	5
accidentel	4
homicide	1

2006

Type de décès	Nombre de décès
naturel	4
suicide	1
indéterminé	1
homicide	1 ¹¹
accidentel	0

Le fait qu'il manquait des rapports a créé une certaine frustration parmi les membres de l'équipe. Selon le mandat élaboré par la ministre des Services à la famille et du Logement, l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants devait commencer par une étude des rapports rédigés en vertu de l'article 10 de la *LEML*. Pour les dossiers qui ne contenaient pas encore de rapport, l'équipe pouvait seulement faire une étude superficielle des décès.

À la suite d'échanges avec des représentants du BMLC et des Services de protection des enfants, il s'est dégagé que le traitement d'environ 42 dossiers était en cours et que les rapports sur ces dossiers ne seraient pas prêts pour l'examen. Les raisons invoquées pour justifier le retard dans l'étude des dossiers étaient liées à la charge de travail et à la complexité des cas à l'étude¹². Par conséquent, l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants a élargi sa base de données en incluant dans son étude les dossiers terminés du médecin légiste en chef pour l'année 2003.

¹¹ Le rapport sur cet homicide a été étudié par un examinateur externe, et l'équipe n'en a pas tenu compte dans son examen.

¹² Lorsqu'il étudie le dossier d'un enfant, le personnel du Bureau du médecin légiste en chef doit examiner tout document qui porte sur cet enfant. Dans les cas d'homicide ou de suicide, ou lorsque l'enfant a une longue histoire au sein du système de protection de l'enfance, les dossiers sont souvent volumineux et complexes. De plus, certains enfants ont des dossiers à divers offices. Ce fait n'est pas toujours évident avant le début de l'enquête, et cela oblige le personnel à s'interrompre et à demander les autres documents nécessaires. Par conséquent, les rapports sur les dossiers complexes prennent plus de temps à terminer que les rapports sur les dossiers d'enfants qui ont reçu moins de services de protection de l'enfance.

L'absence de rapports est en soi une source d'inquiétude. Si on considère que le paragraphe 10(1) de la *LEML* vise, entre autres choses, à prévenir le décès d'autres enfants pris en charge par le système, il devrait incomber au BMLC de voir à ce que les recommandations soient fournies en temps opportun. Les rapports produits deux ou trois ans après le décès d'un enfant ne seront peut-être pas aussi utiles aux tiers que les rapports produits rapidement.

L'équipe a constaté en examinant les rapports rédigés en vertu de l'article 10 de la *LEML* au cours des dernières années que les enquêtes indépendantes sur les décès menées par le BMLC fournissent des renseignements utiles susceptibles d'améliorer la compétence du personnel des offices et de faire en sorte que des décès semblables soient évités. De plus, dans certains cas, les rapports contiennent des recommandations qui peuvent aider à protéger d'autres enfants qui habitent toujours le foyer de l'enfant décédé.

Dans son rapport, John Chudzik (1999) a fait remarquer ce qui suit :

C'est souvent lorsque l'enquêteur est bien avancé dans son travail qu'il devient évident, longtemps après le décès de l'enfant, que des enfants continuent d'être à risque ou d'avoir besoin de protection, et que des mesures devraient avoir été prises bien avant pour remédier à la situation, spécialement dans les cas d'enfants laissés dans des conditions de vie potentiellement dangereuses, sans intervention d'un office. La situation peut également devenir problématique pour l'office lorsque les conditions de risque justifiant une intervention ont disparu. (p. 7)

La lenteur de la préparation des rapports a été soulignée pour la première fois par John Chudzik, dans son rapport de 1999, et il en a été de nouveau question dans le document *Findings of the Working Group on the Fatality Inquiries Act*, produit en février 2001. Le BMLC a réagi en apportant certains changements dans le but de produire les rapports plus rapidement qu'auparavant. Toutefois, le délai a été réduit pour certains rapports seulement, et le problème n'est pas réglé.

Recommandation n° 1

Que les rapports du médecin légiste en chef soient produits obligatoirement dans un délai fixe, pour qu'on puisse en disposer au moment opportun. Pour y arriver, lorsque la charge de travail est élevée, on pourrait embaucher des enquêteurs externes.

Divergences au sujet des enquêtes

Il semble également qu'il y ait un différend non résolu entre l'Awasis Agency of Northern Manitoba et le Bureau du médecin légiste en chef (BMLC), concernant la façon dont ce dernier effectue ses enquêtes. Les enquêtes se font à Winnipeg, à partir des dossiers d'enfants obtenus à cet effet. En 2002, l'office Awasis a contesté la méthode d'enquête en faisant valoir qu'elle ne tenait pas compte adéquatement de certains problèmes des collectivités du Nord et a demandé que l'examen de chacun des dossiers se fasse dans la collectivité où survient le décès. La demande a été rejetée par le BMLC pour des raisons de financement. Néanmoins, le problème

demeure une source de frustration pour l'office Awasis, qui soutenait ce qui suit dans son rapport annuel de 2005 :

Un différend perdure avec le Bureau du médecin légiste en chef (BMLC) quant à l'interprétation et à la mise en œuvre de l'article 10 de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. L'office Awasis est d'avis que les enquêtes du BMLC devraient se faire sur les lieux du décès, tandis que le BMLC estime qu'il incombe à l'office d'envoyer au BMLC les dossiers exigés pour la réalisation de son enquête. L'office a reçu des recommandations inappropriées du fait que les enquêtes se sont déroulées à Winnipeg plutôt que dans la collectivité concernée. Par conséquent, des examens en vertu de l'article 4 ont été demandés, puis effectués par la régie et la Province. Les examens en vertu de l'article 4 se sont limités à des cas particuliers, ce que l'office a contesté auprès des ministres respectifs.

(Awasis Agency of Northern Manitoba, Report of 7th Annual General Meeting, 2005, p. 15.)

De plus, l'équipe a également relevé des différences qualitatives dans la nature des décès entre les offices du Nord et du Sud. Les différences sont telles qu'il serait important de mieux comprendre les limites et les contraintes dans les pratiques du Nord au moment de prendre des décisions en matière de protection de l'enfance. Par conséquent, il convient de demander que certains de ces facteurs soient pris en considération dans les rapports préparés en vertu de l'article 10 de la *LEML*. Le fait de mener les enquêtes sur place dans les collectivités du Nord pourrait aider le BMLC à fournir des recommandations pertinentes aux offices qui œuvrent dans ces collectivités.

Recommandation n° 2

Que, sur demande, les examens exigés en vertu de l'article 10 de la Loi sur les enquêtes médico-légales se fassent dans la collectivité où le décès est survenu.

3.0 Tour d'horizon

L'équipe chargée de l'examen a entrepris d'explorer des situations types générales entourant les décès d'enfants et de jeunes connus du système de protection de l'enfance, et les décès d'enfants et de jeunes de l'ensemble de la province. L'équipe voulait vérifier si les décès d'enfants qui recevaient des soins du système de protection de l'enfance se distinguaient des autres décès d'enfants. De plus, l'équipe voulait évaluer si les situations types entourant les décès reflétaient des besoins non satisfaits dans le système de protection de l'enfance ou dans la province tout entière, notamment chez les enfants les plus vulnérables.

L'équipe a effectué des comparaisons entre les décès d'enfants au Manitoba et les décès d'enfants en Saskatchewan¹³. Elle a d'abord voulu broser un tableau des situations types des décès en Saskatchewan. Pour ce faire, l'équipe a contacté le bureau du protecteur des enfants et la direction de l'aide à l'enfant et à la famille de la province de la Saskatchewan, afin d'obtenir de l'information sur les décès d'enfants dans cette province.

Au Manitoba, 138 enfants et jeunes connus du système de protection de l'enfance sont décédés de 2003 à 2005. Neuf autres enfants sont décédés pendant les trois premiers mois de 2006, mais leur nombre n'a pas été pris en compte dans la présente comparaison. La plupart des enfants sont décédés de mort naturelle, notamment parce qu'ils étaient nés prématurément, qu'ils avaient des problèmes de santé ou qu'ils ont été frappés par le SMSN¹⁴. Les dossiers de suicide formaient le deuxième groupe par leur nombre dans les rapports du Bureau du médecin légiste en chef, suivi de près des enfants victimes d'homicide. Le nombre de suicides chez les jeunes a doublé en 2005, passant de quatre en 2003 et de cinq en 2004, à douze en 2005, et le nombre d'homicides a subi une hausse, passant de cinq en 2003 et de cinq en 2004 à douze en 2005.

Ces hausses sont inquiétantes, même si on sait qu'il peut y avoir de grands écarts statistiques d'une année à l'autre lorsqu'on examine de petits nombres. Pour confirmer une tendance, il est nécessaire de suivre la situation pendant une longue période. Les hausses dans ces nombres devront être suivies de près.

Le groupe le plus nombreux, soit celui des enfants décédés de mort naturelle, est resté relativement stable au fil des années visées par le présent examen. Il s'est élevé à 26 en 2003, à 23 en 2004 et à 22 en 2005. La figure 3 résume les renseignements sur les causes des décès d'enfants visés par l'examen.

¹³ L'équipe a choisi la Saskatchewan en raison de la similarité de sa population, de son économie et de sa situation en matière de protection de l'enfance.

¹⁴ Syndrome de mort subite du nourrisson.

**Figure 3 : Causes des décès d'enfants recevant des services
dans l'année précédant leur décès (décès visés par l'article 10
de la *LEML*), de 2003 à 2005¹⁵**

Décès visés par l'article 10 de la *LEML* de 2003 à 2005

causes indéterminées 9 %
suicides 15 %
homicides 14 %
accidentels 11 %
naturels 51 %

Parmi tous les décès examinés par le BMLC, 62 % des enfants relevaient de la Régie générale¹⁶, dont la grande majorité était des enfants connus des Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg. Les décès d'enfants relevant des deux régies des Premières nations représentaient 19 %¹⁷ par régie. La Régie du Sud et la Régie du Nord ont connu plus de décès par rapport au nombre global d'enfants auxquels elles fournissent des services. Et, surtout, les enfants desservis par les régies des Premières nations se sont suicidés en plus grand nombre que les enfants de la Régie générale. Bien que les statistiques représentent un très petit échantillon, la constatation de l'équipe concorde avec les constatations contenues dans le rapport du Groupe consultatif sur la prévention du suicide de Santé Canada, qui indique que le taux de suicide chez les jeunes autochtones est de cinq à six fois supérieur à celui des jeunes non autochtones¹⁸. La question du suicide chez les jeunes est approfondie plus loin dans le présent rapport.

¹⁵ Données publiées par le Bureau du médecin légiste en chef dans ses rapports annuels 2003, 2004 et 2005. Les chiffres comprennent tous les décès visés par l'article 10 de la *LEML*, tant les décès examinés par l'équipe que ceux qu'elle n'a pas pu examiner.

¹⁶ La Régie générale s'occupe de tous les enfants non autochtones.

¹⁷ La Régie des Métis n'a été mandatée qu'en mai 2005 et, par conséquent, elle n'avait enregistré aucun décès de 2003 à 2005.

¹⁸ Santé Canada, *Savoir et agir : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, 2005, sur Internet : <www.santecanada.com>.

Figure 4 : Répartition des décès par régie

Enfants pris en charge en 2003-2004 par régie

des Métis 0 %
générale 61 %
du Nord 12 %
du Sud 27 %

Décès par régie 2003-2005

générale 62 %
du Sud 19 %
du Nord 19 %

Suicides par régie 2003-2005

du Sud 38 %
générale 33 %
du Nord 29 %

Dossiers de décès examinés

En ce qui concerne les enfants décédés de 2003 à 2005 et dont l'équipe a examiné le dossier, il est ressorti que 70 % des enfants n'étaient pas pris en charge¹⁹ au moment de leur décès, et que 30 % de ces enfants ne recevaient aucun service de protection de l'enfance à ce moment. Tous les dossiers d'homicide, de suicide et de décès accidentel de ce groupe ont été examinés pour déterminer si plus de services ou le fait de retirer les enfants de leur famille auraient réduit les risques. Ce groupe d'enfants non pris en charge par un office de protection de l'enfance représentait 23 décès (soit 4 décès accidentels, 12 homicides et 7 suicides).

¹⁹ Les enfants « pris en charge » sont des enfants placés, qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques.

Très peu d'évaluations du risque avaient été effectuées en vue de déterminer la sûreté du foyer où vivaient les enfants qui n'étaient pas pris en charge par un office au moment de leur décès, mais qui recevaient des services, selon les cas. D'après l'évaluation de la sécurité dont il est question dans le chapitre sur la réception des demandes des services à l'enfant et à la famille, l'équipe a établi que, si une évaluation avait été faite, environ le tiers des dossiers aurait été considéré comme présentant un risque élevé et qu'une évaluation aurait pu aider à ce qu'un plan soit établi pour l'enfant. L'usage d'évaluations du risque est abordé en détail plus loin dans le présent rapport.

Parmi les enfants dont le dossier de décès a été examiné par l'équipe, 76 % étaient autochtones ou métis²⁰ et 24 % étaient non autochtones. Ces chiffres suivent de près la répartition des enfants qui reçoivent des services du système de protection de l'enfance. Toutefois, compte tenu du fait que les Autochtones forment 14 % de la population globale, on constate que les Autochtones, y compris les enfants métis, sont surreprésentés dans le système de protection de l'enfance et parmi les enfants décédés en général. Environ la moitié des enfants décédés était des garçons et l'autre moitié était des filles.

L'équipe a remarqué des tendances dans l'âge des enfants à leur décès. Les enfants qui se sont suicidés avaient de 9 à 17 ans. Par contre, parmi les enfants victimes d'homicide, un peu plus de 60 % (soit 12 enfants) étaient des adolescents et un peu moins de 40 % (soit 6 enfants) étaient des nourrissons ou de très jeunes enfants. Aucun enfant dans le groupe des victimes d'homicide n'était âgé de 4 à 14 ans. Dans le même ordre d'idées, seuls des enfants de 3 ans et moins (5 décès) et de 13 à 17 ans (4 décès) sont décédés de mort accidentelle. L'équipe n'a relevé aucun décès accidentel chez les enfants âgés de 4 à 12 ans dans l'étude.

Les décès d'enfants dans l'ensemble du Manitoba

En comparant le nombre total de décès d'enfants au Manitoba avec le nombre de décès des enfants recevant des services d'un office de protection de l'enfance, l'équipe a remarqué que le risque de décès de ceux-ci était plus élevé que celui de l'ensemble des enfants de la province. Environ 5 % des enfants du Manitoba recevaient des services d'un office de protection de l'enfance en 2005²¹. Pourtant, le nombre de décès visés par l'article 10 de la *LEML* est disproportionné par rapport au nombre total des décès d'enfants dans la province. Par exemple, parmi les 24 enfants victimes d'homicide dans la province de 2003 à 2005, 19 enfants étaient connus d'un office de protection de l'enfance. Comme beaucoup de ces enfants sont décédés à cause de relations qu'ils entretenaient en dehors de leur famille ou de leur foyer de placement, cela donne à penser que le système de protection de l'enfance connaissait certains des problèmes en cause et avait tenté d'aider l'enfant et sa famille. Cela pourrait aussi refléter le risque global qui pèse sur bien des enfants et des jeunes avant qu'ils entrent en contact avec un office de protection de l'enfance et certains des risques qui se créent lorsqu'un enfant est pris en charge par un office.

²⁰ Avant 2004, peu d'enfants pris en charge étaient désignés comme appartenant à la nation des Métis. Pour maintenir la continuité de son examen, l'équipe a désigné comme « autochtones » tant les enfants des Premières nations que les enfants autochtones et les enfants métis.

²¹ Statistiques des Services de soutien à l'enfant et à la famille du Manitoba.

Figure 5 : Comparaison du nombre total de décès d'enfants au Manitoba de 2003 à 2005 et du nombre de décès d'enfants ayant reçu des services de protection de l'enfance, par type de décès²²

Tous les enfants
Article 10



Les décès en Saskatchewan

Les enquêtes sur les décès d'enfants connus des offices de protection de l'enfance se font quelque peu différemment en Saskatchewan. Avant 2003, le protecteur des enfants de la Saskatchewan examinait tous les décès d'enfants qui recevaient des services du système de protection de l'enfance dans les six mois précédant le décès. En 2003, le protocole d'examen a été modifié afin d'examiner seulement les décès d'enfants pris en charge par un office de protection de l'enfance. Le changement a réduit considérablement le nombre de dossiers de décès d'enfants à examiner par le bureau du protecteur des enfants, qui s'est établi à moins de 10 dossiers par année. Toutefois, la direction des services à l'enfant et à la famille de la Saskatchewan a continué de compiler des statistiques sur les décès d'enfants ayant reçu des services à l'enfant et à la famille dans les six mois précédant le décès. La façon de compiler les statistiques en Saskatchewan est un peu différente de celle du Manitoba, qui examine les décès d'enfants ayant reçu des services à l'enfant et à la famille dans l'année précédant le décès. Malgré cela, l'équipe a choisi les données de la Saskatchewan pour les comparer à celles du Manitoba, étant donné que les deux provinces ont une population totale, une démographie et une économie semblables.

²² Les données proviennent des rapports annuels 2003 et 2004 du Bureau du médecin légiste en chef. Le médecin légiste en chef a fourni les données 2005 en précisant qu'il s'agissait de données préliminaires, susceptibles d'être modifiées.

En observant l'ensemble des décès au Manitoba et en Saskatchewan dans les diagrammes de la figure 6, on constate qu'en 2003-2004²³, la Saskatchewan a connu un nombre inférieur de morts naturelles, mais un taux supérieur de morts accidentelles. L'équipe a relevé des différences entre les nombres réels et les pourcentages correspondant à d'autres types de décès dans chacune des provinces. Ces différences peuvent être dues à la façon dont chacune des provinces établit le nombre de morts naturelles et de morts accidentelles.

Bien qu'on ait relevé des différences entre les nombres de morts naturelles et de morts accidentelles, il y avait peu de différences dans les taux de suicide et d'homicide entre les deux provinces. Par habitant, les taux d'homicide étaient exactement les mêmes dans les deux provinces et les taux de suicide étaient légèrement plus élevés au Manitoba. Cela pourrait refléter une anomalie, étant donné que le taux de suicide a doublé chez les jeunes du Manitoba en 2005. Selon les nombres réels, les nombres d'enfants décédés, tous types de décès confondus, au Manitoba et en Saskatchewan, sont relativement équivalents. Les deux provinces ont enregistré le même nombre de suicides (27) et le Manitoba a enregistré légèrement plus d'homicides en 2003-2004.

Figure 6 : Comparaison de tous les décès d'enfants au Manitoba et en Saskatchewan

Décès d'enfants en Saskatchewan

2003-2004

morts naturelles	30 %
causes indéterminées	5 %
homicides	4 %
suicides	15 %
morts accidentelles	46 %

Décès d'enfants au Manitoba

2003-2005

suicides	10 %
homicides	4 %
causes indéterminées	7 %
morts naturelles	63 %
morts accidentelles	16 %

En examinant les décès d'enfants connus du système de protection de l'enfance au Manitoba et en Saskatchewan, l'équipe a constaté une situation inattendue. Presque toutes les victimes d'homicide et de suicide au Manitoba avaient été en contact avec le système de protection de l'enfance avant leur décès, tandis que relativement peu d'enfants victimes d'homicide en Saskatchewan recevaient ou avaient reçu des services de protection de l'enfance dans les six mois précédant leur décès. Par exemple, sur huit enfants victimes d'homicide en Saskatchewan en 2003-2004, un seul enfant recevait des services de protection de l'enfance, et au Manitoba, 19 enfants décédés sur 24 étaient connus du système de protection de l'enfance. Cet écart pourrait être attribuable au fait que le Manitoba examine les décès d'enfants qui recevaient des services en remontant d'un an, tandis que la Saskatchewan compte seulement les dossiers d'enfants ayant reçu des services dans les six mois avant leur décès. Il existe probablement aussi d'autres différences entre les provinces en ce qui a trait aux politiques et aux procédures de protection de

²³ Les données 2005 de la Saskatchewan n'ont pu être fournies à l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants pendant la préparation du présent rapport. Toutefois, les membres de l'équipe ont compris qu'elles diffèrent peu des statistiques 2004.

l'enfance, de même qu'à la collecte de renseignements. La figure 7 fournit les données sur les causes de décès.

Figure 7 : Comparaison des décès d'enfants recevant des services de protection de l'enfance au Manitoba et en Saskatchewan

Décès d'enfants ayant reçu des services en Saskatchewan 2003-2004

morts accidentelles	36 %
morts naturelles	23 %
homicides	2 %
suicides	18 %
non classés	16 %
causes indéterminées	5 %

Décès visés par l'article 10 de la *LEML* du Manitoba 2003-2005

causes indéterminées	9 %
suicides	15 %
homicides	14 %
morts accidentelles	11 %
morts naturelles	51 %

Dans ce bref tour d'horizon, nous avons exposé certains des thèmes dégagés par rapport aux décès d'enfants au Manitoba et en Saskatchewan. Nous avons présenté uniquement des données statistiques sur la nature des décès et n'avons pas abordé en détail les circonstances du décès des enfants ni leurs conditions de vie.

Afin de mieux comprendre la situation, l'équipe a interviewé des tiers et a recueilli des documents de diverses sources, et ce, dans le but de broser un tableau des conditions de vie des enfants visés par son étude et des circonstances de leur décès. Ce faisant, l'équipe voulait examiner ce qui aurait pu aider à réduire le risque de décès et les services à fournir pour réduire le risque lié aux différents types de décès dans la province. Le matériel obtenu est présenté dans la suite du présent rapport.

4.0 Les décès de mort naturelle

Pendant la période étudiée, environ la moitié des enfants, soit 75 décès, sont décédés de mort naturelle. Ce nombre comprend les décès de bébés prématurés, les bébés victimes de la mort subite du nourrisson, les enfants décédés en raison de besoins médicaux complexes et les enfants décédés des suites d'une maladie acquise.

L'équipe s'est penchée sur 54²⁴ des 75 dossiers de décès classés « mort naturelle » par le médecin légiste en chef²⁵. En grande majorité, ces décès étaient liés à des problèmes de santé causés par des anomalies congénitales, au SMSN et à des naissances prématurées. Environ 73 % des enfants visés par l'examen sont décédés en raison de ces problèmes avant l'âge d'un an. Il convient tout particulièrement de signaler le nombre élevé d'enfants présentant des problèmes congénitaux liés à l'exposition à l'alcool avant la naissance. La figure 8 présente certains des problèmes de santé ayant contribué au décès des enfants.

Figure 8 : Les décès de mort naturelle — Cause du décès et âge au décès

Décès de mort naturelle — Problèmes ayant contribué au décès

naissance prématurée, 17
problème médical, 14
problème médical (alcool), 10
maladie, 4
SMSN/accidents 4
SMSN 5

Décès de mort naturelle — Âge au moment du décès

moins d'un an, 40
10 ans et plus, 2
de 5 à 10 ans, 9
de 1 à 4 ans, 3

L'équipe a remarqué que relativement peu d'enfants de ce groupe, soit 6 en tout, étaient pris en charge par un office de protection de l'enfance au moment de leur décès. En fait, dans onze des dossiers, un office avait considéré les familles des enfants décédés comme des familles *à risque élevé* et avait procédé au signalement préalable des naissances. Dans la plupart des cas, l'office avait procédé au signalement des naissances en raison de problèmes de dépendances. La figure 9 décrit le type de placement des enfants au moment de leur décès.

²⁴ L'équipe a étudié uniquement les décès d'enfants visés par un rapport complet du BMLC, établi en vertu l'article 10 de la *LEML*.

²⁵ Le BMLC a remis à l'équipe deux autres dossiers de mort naturelle. Les deux dossiers portaient sur des morts naturelles ordinaires liées à une naissance prématurée. Toutefois, tous deux présentaient une intervention mineure de la part des services à l'enfant et à la famille et l'équipe a jugé que les problèmes qu'ils présentaient s'éloignaient de l'objet du présent examen.

Figure 9 : Les décès de mort naturelle — Type de placement

Décès de mort naturelle

Type de placement au moment du décès

Non pris en charge 83 %

St-Amant 2 %

Foyer de groupe 2 %

Inconnu 4 %

Foyer nourricier 7 %

Chez un membre de la famille 2 %

Par rapport au groupe des décès de mort naturelle, l'équipe a cerné trois autres thèmes, à savoir : a) le recours aux contrats de placement volontaire; b) les problèmes liés à l'exposition à l'alcool avant la naissance; c) l'incidence du syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN).

4.1 Les contrats de placement volontaire liés à des besoins médicaux complexes

Parmi les dossiers de mort naturelle, sept enfants ne vivaient pas avec leurs parents biologiques au moment de leur décès. Cinq vivaient dans un foyer nourricier, un en foyer de groupe et un dans un établissement pour les enfants ayant des déficiences graves. Dans bien des cas, les parents de ces enfants avaient signé un contrat de placement volontaire (CPV) afin d'obtenir l'aide dont ils avaient besoin pour répondre aux besoins médicaux ou physiques complexes de leur enfant ou permettre son admission dans un établissement de soins²⁶. Le recours au placement volontaire était spécialement courant du côté des offices ruraux et des offices des Premières nations du Nord, qui ont un accès restreint aux soins médicaux.

²⁶ Dans leur rapport de 2005, Fuchs et ses collaborateurs ont également souligné le fréquent recours dans le système de protection de l'enfance au contrat de placement volontaire pour la prise en charge des enfants handicapés. À la page 69 du rapport, on suggère que l'utilisation d'un contrat de placement volontaire dans le cas d'un enfant handicapé ne sert pas, en général, à maintenir la relation entre les parents et l'enfant, et qu'il faut travailler à améliorer la présence des parents dans la vie des enfants handicapés placés dans le cadre d'un CPV.

Le recours aux contrats de placement volontaire pour répondre aux besoins des enfants ayant des besoins médicaux complexes est une pratique prévue à l'article 14 de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. En voici un extrait, au paragraphe 14(1) :

14(1) Un office peut passer avec un parent, un tuteur ou une autre personne qui a la garde et la direction réelles d'un enfant et qui est incapable de pourvoir adéquatement aux besoins de celui-ci, un contrat relatif au placement d'un enfant dans un établissement qui fournit des soins aux enfants, sans qu'il y ait transfert du droit de tutelle :

a) étant donné la maladie du parent, du tuteur ou de l'autre personne, sa malchance ou d'autres circonstances défavorables, vraisemblablement provisoires; ou

b) étant donné que l'enfant :

(i) a une déficience mentale, au sens de la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*,

(ii) souffre d'une invalidité chronique qui requiert des traitements ne pouvant être donnés s'il demeure à la maison [...].

Il semble que le recours des parents aux services à l'enfant et à la famille pour obtenir de l'aide pour leur enfant ayant des besoins médicaux complexes soit, entre autres, une façon d'obtenir du soutien financier. On a relevé que des établissements comme le Centre St-Amant et le Centre manitobain de développement demandaient aux familles de signer un contrat de placement volontaire pour leur fournir des services, afin d'obtenir les fonds nécessaires aux soins des enfants. Encore une fois, la politique semblait pourtant avoir été mise en place pour aider les familles qui ont un enfant ayant des déficiences complexes.

Deux dossiers illustrent particulièrement la question. Dans un premier dossier, on a demandé à une famille adoptive de signer un contrat de placement volontaire pour que son enfant mourant ait accès à un lit dans un établissement de santé. La famille a envisagé d'autres possibilités, puis a conclu que le placement en établissement était la meilleure solution pour l'enfant. Dans un deuxième dossier, les Services spéciaux pour enfants ont demandé aux Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg d'intervenir pour diriger une famille, contre son gré, vers le même établissement pour qu'elle y place son enfant mourant. Les parents ont indiqué qu'ils voulaient prendre soin de leur enfant en phase terminale à la maison, avec l'aide des Services spéciaux pour enfants. Pour leur part, les Services spéciaux pour enfants estimaient que le coût des services à domicile pour l'enfant était trop élevé et dépassait leur budget pour ce type de soutien. Par conséquent, l'organisme considérait que le placement en établissement était une solution plus rentable. Les Services à l'enfant et à la famille se sont abstenus d'intervenir et l'enfant est resté chez lui jusqu'à son décès.

Il serait défendable de dire qu'une famille dont l'enfant a des besoins médicaux complexes devrait pouvoir décider du type de services qu'elle préfère pour son enfant et pour elle-même. Dans certains cas, un office de protection de l'enfance pourrait intervenir comme aide à la famille. Dans d'autres cas, cela pourrait signifier l'usage d'une aide financière à la famille pour garder l'enfant à la maison. Dans un cas comme dans l'autre, le fait de confier l'enfant au système de protection de l'enfance est une situation difficile pour les familles qui ne veulent pas se sentir condamnées parce qu'elles ont « placé » leur enfant afin de recevoir les services nécessaires.

On peut difficilement savoir si les enfants auraient vécu plus longtemps si les problèmes de financement et de compétence s'étaient réglés, mais il est certain que les enfants et leur famille auraient eu une meilleure qualité de vie si ces problèmes n'avaient pas existé.

Recommandation n° 3

Que le gouvernement du Manitoba élabore une méthode efficace d'aide aux enfants ayant des besoins médicaux complexes qui n'exige pas des familles qu'elles signent un contrat de placement volontaire comme condition à remplir pour recevoir les services appropriés.

Recommandation n° 4

Que les quatre régies créent un sous-comité sur la situation des enfants ayant des besoins médicaux complexes qui élaborera des politiques et des procédures concernant les meilleures façons d'aider ces enfants au sein du système de protection de l'enfance.

4.2 L'exposition à l'alcool avant la naissance

Comme nous l'avons indiqué plus tôt, le décès de 10 enfants du groupe d'enfants décédés de mort naturelle découlait directement de leur exposition à l'alcool avant la naissance. Dans bien d'autres dossiers, l'exposition à l'alcool avant la naissance était un important facteur contributif dans le décès de l'enfant. Plus précisément, deux tiers des dossiers examinés citaient l'alcoolisme et la toxicomanie comme problème à l'origine de l'intervention des services à l'enfant et à la famille. Les offices considéraient dans la plupart des cas que les enfants présentaient un risque élevé de déficiences congénitales en raison de la consommation parentale d'alcool ou de drogues, car ils savaient que les mères consommaient de grandes quantités d'alcool ou de drogues pendant la grossesse ou avaient déjà accouché d'un enfant qu'on soupçonnait d'être atteint de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF).

Des recherches montrent que le syndrome d'alcoolisation fœtale est la principale cause de déficiences intellectuelles au Canada²⁷. Les enfants atteints de l'ETCAF sont spécialement fragiles à la naissance et présentent des déficiences permanentes qui touchent tous les aspects de leur vie. Malheureusement, la plupart de ces enfants naissent dans des situations à très haut risque, et ils sont nombreux à avoir des besoins médicaux et sociaux complexes, ce qui accentue les contraintes financières du système de santé et aux services sociaux. Le fait que la toxicomanie parentale soit en cause dans le décès de nombreux enfants est aberrant et montre le besoin de mesures beaucoup plus proactives que les mesures actuelles pour aider les mères à haut risque à réduire leur consommation d'alcool pendant la grossesse et après la naissance du bébé.

Le Manitoba est devenu un chef de file au Canada dans la mise au point de services de prévention de l'ETCAF auprès des femmes à haut risque. En 1996, les Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg ont tenté de porter devant les tribunaux la question du rôle des régies de protection de l'enfance dans la protection du fœtus, en demandant une ordonnance de traitement en établissement d'une jeune femme souffrant de dépendance aux vapeurs de colle, qui était enceinte d'un quatrième enfant²⁸. Bien que les tribunaux aient finalement rejeté la demande, la question continue d'être débattue par les parties en faveur des études qui soutiennent qu'il est plus efficace d'aider la mère que de l'obliger à se faire traiter ou de l'incarcérer. Un dicton de sage-femme traduit bien cette idée, « prends soin de la mère et elle prendra soin de son enfant ».

En 1998, le programme *Mettons fin au SAF* a été mis sur pied dans trois collectivités; soit dans deux collectivités de Winnipeg et à Norway House. Ce programme visait à fournir un encadrement aux femmes enceintes toxicomanes qui souhaitaient réduire leur consommation d'alcool pendant la grossesse²⁹. Étant donné ses résultats positifs, le programme est désormais offert dans deux autres localités du Nord. De plus, Santé Canada, par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, a mis en place des programmes semblables pour les toxicomanes enceintes dans plusieurs collectivités des Premières nations.

En plus du programme *Mettons fin au SAF*, divers offices ont créé des programmes de prévention destinés aux femmes toxicomanes qui utilisent leurs services. Entre autres, le programme périnatal des Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg offre un programme de soutien aux mineures enceintes. On dirige les jeunes femmes enceintes vers le programme, et le personnel de l'office travaille de concert avec chacune d'elles à l'élaboration d'un plan de traitement pour la mère et le bébé. Le programme existe depuis de nombreuses années et a acquis une certaine crédibilité auprès des jeunes femmes du milieu. Toutefois, le programme n'est offert qu'aux jeunes femmes de moins de 18 ans enceintes de leur premier enfant. Étant donné que bien des mères des enfants visés par le présent examen étaient âgées de 18 à 25 ans, l'équipe estime qu'il serait raisonnable d'offrir également le programme aux femmes volontaires à haut risque âgées de 18 à 25 ans.

²⁷ A. Chudley, « Fetal alcohol syndrome: A preventable cause of birth defects and mental retardation », *Manitoba Medicine*, vol. 61, n° 2 (1991), p. 53-56.

²⁸ On trouve sur le site Internet de la Women's Health Clinic, <www.womenshealthclinic.org>, un excellent résumé des questions liées à l'affaire D.F.G.

²⁹ Pour de plus amples renseignements sur le programme, voir C. Umlah et T. Grant, « Intervening to prevent prenatal alcohol and drug exposure: The Manitoba experience in replicating a paraprofessional model », *Envision, The Manitoba Journal of Child Welfare*, vol. 2, n° 1 (2003), p. 1-12.

Les rapports sur le rendement des programmes de lutte contre le SAF montrent que, lorsque les femmes enceintes y ont recours, le taux de réussite atteint 64 % pour ce qui est de la réduction du nombre de naissances d'enfants souffrant de l'ETCAF³⁰. Même si on ne peut prédire exactement combien de décès et de problèmes de santé chez les enfants seraient évités par une amélioration des programmes destinés aux mères alcooliques ou toxicomanes, l'accès et la participation de celles-ci à un programme de lutte contre le SAF sont susceptibles de jouer un rôle majeur dans la prévention. Malheureusement, des programmes de ce genre n'existent pas dans certaines des collectivités manitobaines les plus à risque en raison d'un manque de fonds et de personnel qualifié. Des fonds rendant ces programmes plus accessibles qu'ils ne le sont actuellement aideraient à réduire des décès et des déficiences inutiles.

Recommandation n° 5

Que le programme Mettons fin au SAF soit offert également dans les collectivités les plus à risque du Manitoba et qu'il soit offert aux femmes enceintes à haut risque âgées de 18 à 25 ans qui demandent d'y participer volontairement.

Recommandation n° 6

Qu'un comité provincial sur la prévention de l'ETCAF et les mesures d'intervention dans le domaine soit mis sur pied pour trouver des méthodes innovatrices que les offices de protection de l'enfance pourraient utiliser pour aider les mères à haut risque et les jeunes susceptibles de devenir parents à réduire leur consommation d'alcool et de drogues.

Recommandation n° 7

Que les programmes et services périnataux existants soient aussi offerts aux femmes âgées de 18 à 25 ans qui demandent d'y participer volontairement.

4.3 Les morts au berceau

Dans le passé, les décès inattendus d'enfants pendant leur sommeil étaient appelés *morts au berceau* ou syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Les avancées technologiques actuelles aident les médecins à déterminer la cause exacte de certains décès, ce qui a pour effet de réduire le nombre de décès « inexplicables ». De plus, les campagnes d'éducation sur l'importance de créer des environnements de sommeil sécuritaires pour les bébés ont réduit le nombre total des bébés décédés dans leur lit. L'incidence du SMSN a chuté de 50 % au cours des dix dernières années, en partie grâce à l'amélioration des outils de diagnostic et à une meilleure éducation du public. Au Manitoba, le taux de décès attribuables au SMSN est passé de 24 décès en 1990 à 2 décès en 2003³¹. Toutefois, selon les statistiques nationales, le SMSN demeure la deuxième cause de décès chez les enfants de moins d'un an, tout de suite après les anomalies congénitales.

³⁰ Statistiques fournies par Michelle Dubick, d'Enfants en santé Manitoba.

³¹ Statistiques tirées du rapport annuel 2003 du Bureau du médecin légiste en chef, p. 13.

L'équipe a examiné 13 dossiers d'enfants décédés subitement dans leur sommeil. Parmi ces décès, huit ont été attribués principalement à une cause « naturelle ou indéterminée », accompagnée du SMSN comme problème de santé important ayant contribué au décès, et les autres décès ont été attribués à d'autres problèmes ou accidents physiologiques. Tous les enfants de ces dossiers avaient moins de 13 mois, ils sont décédés à leur domicile et ils ont été trouvés dans leur berceau ou dans leur lit. Aucun des enfants n'était pris en charge et tous vivaient avec leur famille au moment du décès. Cependant, tous les enfants avaient reçu des services de protection de l'enfance et toutes les familles, sauf une, étaient considérées comme des familles à haut risque par l'office responsable. La figure 10 présente des renseignements tirés des rapports du BMLC.

Figure 10 : Morts au berceau

Morts au berceau — Cause du décès

problème de santé	4
SMSN	6
étouffement	1

Morts au berceau — Facteurs ayant contribué au décès

problème de santé	4
mauvais traitements	1
retournement	1
lit partagé	3
étouffement	2

L'équipe a été consternée de constater que 70 % des enfants du groupe avaient une mère biologique toxicomane. Toutes les mères, sauf une, consommaient de l'alcool ou des drogues au moment du décès, et quatre enfants sont décédés parce qu'ils partageaient le lit d'un adulte dont les facultés étaient affaiblies.

Bien que la cause des morts subites ne soit jamais entièrement comprise, les preuves montrent que le décès est généralement causé par un ensemble de facteurs médicaux et environnementaux³². Le fait que le bébé partage un lit avec une autre personne s'avère également un facteur de risque. Ce risque augmente considérablement lorsque des adultes sous l'influence d'alcool et de drogues dorment avec le bébé.

³² C. Hunt et F. Hauck, « Sudden infant death syndrome », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, n° 13 (2006), p. 1861-1869.

Willinger (1991) estime que la consommation d'alcool de la mère est également un facteur de risque du SMSN, surtout en cas de consommation d'alcool dans les trois mois précédant la conception et pendant le premier trimestre ou lorsque la consommation comprend une haute fréquence de séances de consommation soutenue (plus de quatre consommations par séance)³³. Des études ont également démontré une très forte corrélation entre l'exposition du bébé à la fumée de cigarette pendant la grossesse et l'exposition à la fumée secondaire et le SMSN. Toutes ces questions ont été soulevées dans un énoncé conjoint de la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, l'Institut canadien de la santé infantile et la Société canadienne de pédiatrie (2004) qui recommandent que les enfants grandissent dans un environnement sans fumée et sans drogue³⁴.

L'équipe a également relevé que dans sept dossiers, l'enfant décédé a été trouvé par ses parents étendu sur le ventre ou sur le côté. Dans deux des cas, les enfants auraient été asphyxiés par leur literie. Des études ont montré que de placer le bébé sur le côté ou sur le ventre était un facteur de risque du SMSN, et la plupart des fournisseurs de soins de santé recommandent de faire dormir le bébé sur le dos, à moins d'indication contraire d'un médecin.

L'équipe a étudié des façons d'accroître la diffusion du matériel de prévention du SMSN. Une courte vidéo récente sur le « bébé secoué » peut être obtenue auprès d'Enfants en santé Manitoba et a été largement distribuée parmi les professionnels et le grand public. De plus, la couverture *Safe Sleep, Sweet Dreams*, en vente sur Internet, fournit des informations illustrées sur les facteurs de risque associés au SMSN³⁵. Ces deux articles promotionnels sont des outils innovateurs qui permettent de transmettre une information importante à des familles qui n'ont pas nécessairement accès à des documents écrits. Il serait raisonnable de voir à ce que ce genre d'information soit facilement accessible aux parents dans une annonce publicitaire ou une vidéo ou dans un autre format qui pourrait être distribué aux hôpitaux, aux centres de santé et aux centres de ressources pour les familles de la province.

Recommandation n° 8

Qu'Enfants en santé Manitoba élabore et diffuse de l'information sur la réduction des facteurs de risque du SMSN dans les centres qui offrent le programme Bébés en santé, les centres de santé et les hôpitaux de tout le Manitoba.

³³ M. Willinger, L.S. James et C. Catz, « Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development », *Pediatric Pathology*, n° 11 (1991), p. 677-684.

³⁴ Énoncé conjoint de la Fondation canadienne sur l'étude de la mortalité infantile, de l'Institut canadien de la santé infantile et de la Société canadienne de pédiatrie dans *Paediatrics and Child Health*, vol. 4, n° 3 (1999), p. 223-224. Consulté le 13 juin 2006, sur Internet : <www.cps.ca>.

³⁵ La couverture *Safe Sleep, Sweet Dreams* est en vente sur Internet : <www.online-clinic.com>.

5.0 Les décès accidentels

Neuf enfants dont l'équipe a examiné le dossier sont morts dans un accident. À l'exception des enfants morts par noyade, chacun des accidents était unique et il ne semblait pas y avoir d'éléments communs ayant contribué aux décès ni d'éléments communs qui auraient pu les prévenir. Les collectivités des Premières nations et du Nord étaient légèrement surreprésentées dans les cas de décès accidentels. Cependant, aucune similitude ni aucune situation type n'ont laissé supposer que les enfants des collectivités des Premières nations et du Nord risquaient davantage de mourir d'un type précis d'accident ou que les enfants des collectivités des Premières nations et du Nord étaient moins en sécurité que les enfants des autres collectivités du Manitoba.

Lorsqu'on examine l'âge et le type d'accident, on constate dans ce très petit échantillon que les accidents chez les jeunes enfants semblaient liés à des risques existant dans leur foyer ou dans leur milieu (comme la noyade et les accidents de la route), tandis que les jeunes de plus de 12 ans étaient plus susceptibles de se mettre eux-mêmes en danger dans leur foyer ou dans leur milieu. Dans les cas où l'enfant est mort d'asphyxie en rapport avec des activités sexuelles, les accidents auraient peut-être été évités si l'enfant avait eu une meilleure idée des risques de l'activité à laquelle il s'adonnait. La figure 11 fournit plus de données sur les décès accidentels.

Figure 11 : Les décès accidentels — Nature du décès et âge de l'enfant

Décès accidentels

Cause du décès

accident routier/train	2
noyade	3
morsures de chien	1
asphyxie	2
traumatisme crânien	1

Décès accidentels

Âge au moment du décès

4 à 11 ans	1
0 à 3 ans	5
12 ans et plus	3

5.1 La sécurité aquatique et l'heure du bain

Dans son étude des dossiers de décès accidentels, l'équipe a relevé trois morts par noyade. Parmi ces dossiers, deux bébés se sont noyés dans leur propre baignoire. Par conséquent, l'équipe considère opportun de faire des recommandations sur la sécurité aquatique, particulièrement en qui concerne les bébés et les très jeunes enfants.

La récente enquête sur le décès d'un enfant de deux ans qui s'est noyé dans un spa à son foyer nourricier montre avec quelle rapidité un tout-petit peut tomber accidentellement et se noyer s'il n'est pas surveillé en tout temps. Un rapport de l'Hôpital pour enfants de Winnipeg indique que la noyade est la principale cause de décès accidentels chez les enfants du Manitoba et que les tout-petits sont susceptibles de faire des chutes dans diverses masses d'eau à l'intérieur et à l'extérieur de leur foyer. Le rapport précise que les deux tiers des décès sont survenus lorsque l'enfant était seul et sans surveillance. Enfin, le rapport indique également que pour un enfant noyé, un autre enfant frôle la noyade et souffre parfois à divers degrés de séquelles permanentes au cerveau³⁶.

Le rapport d'enquête sur le dossier Snowden contenait de nombreuses recommandations sur la réduction des risques de noyade pour les enfants en foyer nourricier. La plupart de ces recommandations avaient trait à l'augmentation de la formation en sécurité aquatique des travailleurs sociaux et des parents nourriciers. Toutefois, le rapport d'enquête est resté silencieux sur les responsables des coûts de la formation des agents qui interviennent auprès des familles d'accueil, des parents nourriciers et des enfants placés. L'équipe recommande que s'il est décidé qu'une formation dans ce domaine doit être suivie par le personnel des offices ou les parents nourriciers, les frais de la formation devraient être assumés par les Services de protection des enfants, et non par les particuliers.

Recommandation n° 9

Que les Services de protection des enfants, de concert avec les quatre régies, en tenant compte des recommandations du rapport de l'enquête Snowden, exigent des parents nourriciers et des autres fournisseurs de soins qui ont une piscine ou un spa à la maison ou dont la maison se trouve à proximité d'un plan d'eau qu'ils reçoivent une formation en sécurité aquatique. De plus, le coût de la formation devrait être assumé par les Services de protection des enfants plutôt que par les fournisseurs de soins.

5.2 L'usage de dispositifs de sécurité pour enfants

L'énorme croissance que l'on connaît ces vingt dernières années dans le développement du matériel de sécurité pour enfants, comme les lits, les sièges d'auto et les poussettes, a aidé à faire diminuer les décès accidentels chez les bébés et les jeunes enfants. Le Conseil canadien de la sécurité (CSA) établit des normes minimales à suivre dans la mise au point de ces dispositifs et, dans le cas des sièges d'auto, le *Code de la route* du Manitoba régit leur usage. Au sein du système de protection de l'enfance, l'utilisation de dispositifs de sécurité approuvés par le CSA est une norme de base à respecter par tous les offices dans le soin de tous les bébés et enfants qui leur sont confiés.

Tous les dispositifs de sécurité approuvés par le gouvernement, comme les sièges d'auto, portent sur l'emballage des avertissements concernant les usages et la sécurité. Tous présentent

³⁶ Information tirée d'un rapport sans date intitulé *Preventing Drowning in Manitoba: A Review of Best Practices* et préparé par Impact, le centre de prévention des blessures de l'Hôpital pour enfants, pour le compte de Santé Manitoba.

clairement des mises en garde contre les usages ou les modifications qui s'écartent des usages prévus.

Pendant son examen, l'équipe a été mise au courant de situations dans lesquelles des dispositifs de sécurité n'étaient pas utilisés de la façon dont ils devaient l'être. Faire dormir des bébés dans des sièges d'auto, utiliser des sièges d'auto ou des lits comme dispositifs de retenue temporaire et laisser des bébés sans surveillance dans des anneaux de baignades sont des exemples de ces situations. Dans au moins un des cas, un dispositif de sécurité a été modifié pour mieux retenir un enfant actif placé en foyer nourricier.

La question de l'usage de dispositifs de retenue est traitée à la section 433.5 du manuel des normes de 1999. Cette norme précise les types de dispositifs de retenue qui, avec la permission d'un office de protection de l'enfance, peuvent être utilisés dans certaines situations. Elle ne traite pas des sièges d'auto, des lits d'enfants et d'autres articles pour bébés et, par conséquent, ces dispositifs ne devraient pas être utilisés ni modifiés à des fins de retenue.

Recommandation n° 10

Que tous les fournisseurs de soins utilisent exclusivement des dispositifs de sécurité pour enfants approuvés par le gouvernement (siège d'auto, lits d'enfants, parcs, etc.) aux fins auxquelles ils sont destinés et qu'ils ne les modifient ni ne les altèrent en aucun cas.

5.3 Le jeu du foulard et l'asphyxie auto-érotique

Le jeu du foulard est une activité de strangulation dont le risque est mortel et qui circule chez les adolescents et les prés-adolescents depuis de nombreuses années. Les enfants et les jeunes utilisent leurs mains, leurs bras, des cordes, des laisses, des chaînes, des cravates ou des ceintures pour bloquer la respiration, ce qui provoque une sensation d'euphorie lorsque le sang reflue au cerveau.

Dans certains cas, des jeunes utilisent le même genre de strangulation dans des activités sexuelles. Même si l'asphyxie auto-érotique était en cause dans un seul des décès accidentels, l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants a jugé que le risque posé par ce jeu dangereux méritait d'être souligné dans le présent rapport.

Étant donné le risque de l'un ou l'autre de ces jeux lorsque l'enfant ne peut enlever l'objet qui comprime ses voies respiratoires et le fait que la mort par asphyxie survient assez rapidement, ces jeux sont susceptibles de causer des dommages permanents au cerveau et même d'entraîner la mort³⁷.

³⁷ Pour de l'information sur le jeu du foulard, voir le site Internet suivant : <www.teenchokinggame.com>.

6.0 Le suicide

Les statistiques nationales montrent que le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 13 à 17 ans, tout de suite après les blessures non intentionnelles³⁸. Les statistiques nationales montrent également que l'incidence du suicide chez les adolescents augmente depuis les dernières années, spécialement chez les jeunes autochtones.

Vingt-quatre enfants qui avaient reçu des services du système de protection de l'enfance du Manitoba avant leur décès se sont suicidés, de janvier 2003 à mars 2006. Tous ces enfants, sauf un, étaient autochtones, et le nombre d'enfants du Nord était disproportionné. Malheureusement, d'autres enfants se sont suicidés depuis le début de l'élaboration du présent rapport.

La vie des enfants et des jeunes qui se suicident est souvent complexe et nécessite une enquête en vertu de l'article 10 de la *LEML* plus approfondie que celle qui est menée pour d'autres types de décès. Pour cette raison, les rapports sur ce type de dossier n'étaient terminés que pour la moitié des décès par suicide d'enfants et de jeunes connus du système de protection de l'enfance³⁹.

Pendant la période examinée, la plupart des jeunes qui se sont suicidés étaient âgés de 16 et de 17 ans. La principale méthode utilisée était la pendaison. Seulement un enfant s'est suicidé au moyen d'une arme à feu. La figure 11 fournit des données sur ces décès.

Figure 11 : Nombre de décès par suicide, par âge et par cause du décès

Suicides — Âge au moment du décès

14 ans	0
13 ans	1
15 ans	3
16 ans	4
17 ans	4

Suicides — Nature du décès

overdose	1
arme à feu	1
autre	1
pendaison	9

³⁸ Statistiques consultées le 13 juin 2006 sur le site Internet de l'Agence de santé publique du Canada, du gouvernement du Canada : <www.phac-aspc.gc.ca>.

³⁹ Voir le point 2.1 pour des détails sur la question des dossiers manquants.

Il est important de souligner qu'environ 60 % des jeunes décédés d'un suicide étaient des garçons. Par ailleurs, les statistiques nationales et la plupart des études montrent que les filles font plus de tentatives de suicide, mais que les garçons sont trois fois plus susceptibles de réussir une tentative de suicide⁴⁰. Il sera important de vérifier si l'augmentation apparente dans la proportion de filles décédées par suicide se maintient. Si c'était le cas, cela aurait des conséquences sur la façon dont les programmes de prévention du suicide sont conçus et présentés aux enfants et aux adolescents.

Un autre élément marquant dans les douze dossiers examinés a été le nombre élevé d'enfants atteints de l'ETCAF qui se sont suicidés. Compte tenu du fait qu'un des principaux symptômes de l'ETCAF est l'impulsivité et que, selon le *Groupe d'étude sur le suicide au Canada* (1994), le suicide chez les jeunes est souvent un « acte impulsif », il semble logique que les enfants et les jeunes atteints de l'ETCAF risquent davantage de se suicider⁴¹. Des études récentes indiquent aussi que les jeunes atteints de l'ETCAF ont des troubles de santé mentale d'un degré considérablement plus élevé que leurs pairs non handicapés⁴². Tout cela montre le besoin de mettre au point un ensemble de services d'aide aux enfants et aux jeunes atteints de l'ETCAF. Cela montre également le besoin de redoubler de vigilance pour que les foyers soient sécuritaires pour les enfants, notamment en rangeant tous les articles dangereux (armes à feu, médicaments, etc.) de manière à réduire les risques que les enfants en fassent un usage « impulsif ».

L'équipe a également remarqué que tous les enfants décédés d'un suicide, sauf un, avaient grandi dans un foyer où le niveau de violence familiale était élevé. Dans certains cas, la violence était la raison pour laquelle l'enfant avait été retiré de son foyer d'origine. Selon Carlson (1984), la violence familiale diminue habituellement l'estime de soi des parents et des enfants touchés⁴³. Les enfants qui vivent dans des familles présentant un niveau élevé de violence vivent souvent des sentiments de désespoir et de perte, des sentiments qui accentuent souvent le risque de suicide.

Enfin, l'équipe a remarqué que, si des enfants décédés d'autres façons vivaient pour la plupart avec leurs parents au moment du décès, environ la moitié des enfants qui se sont suicidés étaient placés à leur décès. Parmi les jeunes placés, la plupart des suicides ont eu lieu au foyer nourricier. La plupart de ces jeunes avaient une histoire longue et complexe en protection de l'enfance, ils avaient déménagé à de multiples reprises et présentaient des difficultés au sein du système.

Au sujet des jeunes de ce groupe, l'équipe a dégagé plusieurs thèmes ou situations types, à savoir : a) le suicide chez les jeunes autochtones; b) la santé mentale et le suicide; c) les coupures, l'automutilation et les tentatives de suicide; d) la violence familiale et le suicide; e) les programmes de prévention du suicide.

⁴⁰ Groupe d'étude sur le suicide au Canada, *Le suicide au Canada : mise à jour du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Santé Canada, 1994.

⁴¹ Pour plus d'informations, sur ce thème voir l'ouvrage de A. Streissguth et de J. Kanter, *The Challenge of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming Secondary Disabilities*, Washington, University of Washington Press.

⁴² *Ibid.*

⁴³ B. E. Carlson, « Children's observations of inter-parental violence » dans A. R. Roberts, *Battered Women and Their Families*, New York, Springer, 1984.

6.1 Le suicide chez les jeunes autochtones

Le nombre de jeunes autochtones qui se sont enlevé la vie est certainement un élément troublant de cette partie de l'examen. Sur les douze dossiers de suicide examinés par l'équipe, onze jeunes étaient autochtones. De plus, dans au moins trois cas, le suicide du jeune a mené au suicide d'un ami ou d'un membre de la famille⁴⁴ ou a suivi le suicide d'un ami ou d'un membre de la famille. Il est question de l'effet d'entraînement que nous venons de décrire dans de nombreuses études sur les situations types de suicide dans les collectivités autochtones⁴⁵.

Le Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones de 1995 indique que le taux de suicide chez les peuples autochtones est environ trois fois plus élevé que le taux national moyen. Toutefois, chez les jeunes, les enfants et les jeunes autochtones sont de cinq à six fois plus susceptibles de se suicider que leurs pairs non autochtones⁴⁶.

La plupart des experts dans le domaine suggèrent que les raisons du haut taux de suicide chez les enfants et les jeunes autochtones sont notamment le stress culturel, les pressions socio-économiques et les expériences familiales perturbatrices⁴⁷. De plus, bien que chacun des éléments de stress ne mènent par directement à la décision du jeune de s'enlever la vie, c'est souvent un ensemble ou un enchaînement d'expériences, combiné à un événement apparemment mineur, comme un conflit ou un problème dans une relation importante, qui mène au suicide⁴⁸. C'est une situation type que l'équipe a remarquée aussi.

Sans contredit, l'effet de la perte de la langue, de la culture et du mode de vie traditionnel a eu des conséquences profondes sur les peuples et les collectivités autochtones. Les conséquences des pensionnats sur les peuples autochtones ont touché non seulement les survivants des pensionnats, mais également leurs enfants et petits-enfants. Les personnes qui ont grandi dans un pensionnat, sans influence parentale ni expérience de vie familiale encadrée, n'ont peut-être pas les connaissances ni les compétences nécessaires pour remplir efficacement leur rôle parental. Elles sont susceptibles de reproduire l'expérience de leur enfance en élevant leurs enfants et, par conséquent, ceux-ci grandissent parfois en vivant des répercussions affectives semblables à celle de leurs parents dans les pensionnats, sans comprendre entièrement le lien entre l'expérience de leurs parents dans leur enfance et leurs propres sentiments de perte⁴⁹.

⁴⁴ Dans tous les cas, l'autre personne qui s'est suicidée ne fait pas partie de la présente étude.

⁴⁵ Par exemple, voir l'étude publiée par l'Assemblée des Premières nations, *Savoir et agir : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations — Rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide*, s.d., Ottawa. L'étude peut être obtenue auprès de l'Assemblée des Premières nations.

⁴⁶ N. Chenier, *Le suicide chez les autochtones : Le rapport de la Commission royale*, Gouvernement du Canada, Bibliothèque du Parlement, 1995, p. 1-2.

⁴⁷ Assemblée des Premières nations, *Savoir et agir : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations — Rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide*. L'étude peut être obtenue auprès de l'Assemblée des Premières nations, à Ottawa.

⁴⁸ B. Minore et H. Hopkins, *Suicide Response Plans: A Comparative Cross-Jurisdictional Analysis*, Lakehead University, Centre of Excellence for Children & Adolescents with Special Needs, 2003.

⁴⁹ Pour plus de détails sur cette question, voir le document de Wesley-Esquimaux & Smoleski, *Traumatisme historique et guérison autochtone*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2004.

Dans le Rapport de la Commission royale cité plus tôt, Chenier décrit comme suit les tensions d'ordre culturel⁵⁰ :

Les tensions d'ordre culturel désignent la perte de confiance dans la manière de comprendre la vie et dans le mode de vie qui ont été enseignés dans une culture en particulier. Elles se produisent lorsque l'ensemble des rapports, des connaissances, des langues, des institutions sociales, des croyances, des valeurs et des règles morales qui unit un peuple et lui confère son identité collective et son sentiment d'appartenance se trouve bouleversé. Le fait que les autochtones aient été dépossédés de leurs terres, aient perdu le contrôle sur leurs conditions de vie, aient vu leurs croyances et leur vie spirituelle anéantis et leurs institutions sociales et politiques affaiblies ainsi que la discrimination raciale dont ils sont victimes ont gravement entamé leur confiance et contribuent à les prédisposer au suicide, à l'automutilation et à d'autres formes d'autodestruction. (p. 2-3)

Des recherches sur le suicide chez les enfants pris en charge par les offices de protection de l'enfance montrent que les enfants et les jeunes autochtones risquent davantage de se suicider, en partie, en raison des tensions d'ordre culturel qui pèsent sur eux. Des études montrent une croissance du sentiment d'impuissance chez les enfants et les jeunes autochtones placés par rapport au fait d'être séparés de leur famille et de leur collectivité. Des recherches indiquent même que le risque augmente lorsque les enfants autochtones sont placés dans des foyers nourriciers non autochtones⁵¹. Beiser (1984) estime que les conflits de valeurs mènent souvent à ce qu'il appelle *a flower of two soils* ou un « produit d'une double culture⁵² ».

Il ne relève pas du mandat de l'équipe de faire des observations sur les pratiques de protection de l'enfance en ce qui a trait au placement d'enfants autochtones dans des foyers non autochtones. La question a été examinée dans le passé et constituait un des éléments clés considérés par la Commission d'enquête sur l'administration de la justice et les Autochtones, dans le cadre de l'Initiative de protection de l'enfance. Toutefois, l'équipe est d'avis qu'il faudrait poursuivre le travail pour remédier au problème préoccupant du suicide chez les jeunes autochtones qui reçoivent des services du système de protection de l'enfance.

Recommandation n° 11

Que soient mis au point des outils de prévention du suicide qui aient un contenu adapté sur le plan culturel et qui mettent l'accent sur la création de relations sociales saines et d'une bonne estime de soi. Cela pourrait se faire dans le cadre d'une collaboration entre Santé Manitoba, Services à la famille et Logement Manitoba, Éducation Manitoba et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

⁵⁰ Chenier, 1995.

⁵¹ Pour plus d'information sur cette question, voir le document de K. Richard, « Propos à l'Encontre de l'Adoption d'Autochtones par des Non-Autochtones », *La Revue des enfants et des familles des Premiers Peuples*, vol. 1, n° 1 (2004), p. 101-109.

⁵² Beiser (1984), cité dans par le Groupe d'étude sur le suicide au Canada, dans *Le suicide au Canada : mise à jour du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Santé et Bien-être social Canada, 1994, p. 24.

6.2 Le suicide et la qualité des relations avec les pairs

Une récente étude de Bearman et Udry⁵³ révèle que les adolescentes isolées de leurs pairs ou qui ont des relations sociales difficiles sont plus susceptibles de se suicider que celles qui ont un réseau social solide.

Il arrive que des enfants qui grandissent en foyer nourricier changent de foyer à de nombreuses reprises pendant leur prise en charge. Dans bien des cas, ces enfants doivent se faire un nouveau cercle d'amis après chaque déménagement et peuvent avoir du mal à se faire des amis s'ils ont des difficultés scolaires, des problèmes de comportement ou d'apprentissage en classe ou s'ils ont quitté l'école. Ces enfants trouvent parfois plus facile de créer des liens avec des personnes dans des milieux où ils vivent moins de stress ou dans des milieux où ils ont du talent ou où ils réussissent bien. Pensons par exemple à des cercles sociaux, à des activités religieuses, à des équipes de sport ou à des organisations qualifiantes.

Il est regrettable que l'on porte peu d'attention au réseau social d'un enfant lorsqu'on élabore pour lui un plan de soins. Il semble que, trop souvent, les plans de soins tiennent compte des relations difficiles ou problématiques ou des relations sexuelles de l'enfant, mais ne tiennent pas compte de ses relations saines ou bénéfiques avec ses pairs. Pour cette raison, à la lecture des rapports des dossiers visés par l'article 10 de la *LEML*, il était difficile de cerner le rôle que les relations de l'enfant avec ses pairs ont joué dans sa vie et dans son décès. Néanmoins, étant donné l'importance de cette question, il serait opportun de multiplier les possibilités pour les jeunes de développer des relations sociales saines, comme stratégie pour favoriser une bonne santé mentale et réduire le risque de suicide.

Les recommandations sur l'augmentation des fonds destinés aux activités récréatives et formatrices pour les enfants qui reçoivent ou non des soins sont énoncées dans la partie sur la violence et les gangs. L'équipe recommande fortement une augmentation des fonds prévus pour ces activités, de façon à améliorer la qualité de vie et à réduire les décès des enfants et des jeunes à haut risque de suicide au Manitoba.

6.3 La santé mentale, l'automutilation et le suicide

Neuf des douze adolescents qui se sont suicidés avaient déjà fait une dépression, et huit parmi eux avaient été vus par un médecin peu avant leur décès. Dans au moins trois des cas, le médecin n'avait pas considéré que l'enfant présentait un « risque pour lui-même » lorsqu'il avait été conduit à l'hôpital local. Ces jeunes se sont enlevé la vie peu après leur visite à l'hôpital. Dans bien des cas, la visite à l'hôpital était la première occasion où l'enfant avait parlé de ses sentiments et s'était permis de voir un médecin.

Sans autres renseignements sur l'état d'esprit des jeunes, leur personnalité, leur humeur et leur santé globale, il était difficile de savoir dans quel état ils se trouvaient lorsqu'ils ont été examinés.

⁵³ Les renseignements sur cette étude ont été trouvés sur Internet : <www.unc.edu/news/archives/jan04.html>.

Étant donné la stigmatisation du suicide et des troubles mentaux dans notre société et le fait que les adolescents redoutent souvent d'être étiquetés « malade mental », ceux-ci sont susceptibles de ne pas révéler pas tous leurs sentiments dans ces situations.

L'équipe a noté que le protocole préalable applicable aux personnes qui se présentent aux urgences d'un hôpital en ayant des symptômes de dépression ou d'automutilation consiste à évaluer la gravité de la situation, puis à diriger les personnes vers un établissement de soins pour assurer leur sécurité ou vers un organisme de services externes, qui assurera un suivi de la personne dans son milieu. L'équipe a constaté que ce protocole n'est pas toujours appliqué. L'examen montre que de nombreux jeunes ont quitté l'hôpital après une évaluation sans que des mesures aient été prévues pour des évaluations de suivi et un traitement à court terme.

Il est aussi important de souligner que les enfants et particulièrement les adolescents qui relèvent d'un office peuvent se présenter à l'hôpital en ayant des signes de détresse sans en informer leur parent ou leur tuteur (parent nourricier ou personnel du foyer de groupe) ni, si les enfants sont pris en charge, leur tuteur légal (responsable de cas des services à l'enfant et à la famille). Lorsque c'est le cas, le système de protection de l'enfance peut ne pas être au courant de la visite de l'enfant jusqu'à ce que celui-ci ait fait une autre tentative de suicide ou se soit enlevé la vie. La situation est particulièrement problématique lorsque les enfants voient un intervenant dans un hôpital pendant la fin de semaine. L'équipe croit qu'il serait très utile, lorsqu'un enfant a été examiné dans un hôpital, que le médecin ou son représentant informe de la visite de l'enfant le service local de protection de l'enfance qui est de garde en dehors des heures de bureau et demande un suivi immédiat par un organisme ou un travailleur approprié.

Des dispositions sur l'information de l'office local de protection de l'enfance de la visite d'un jeune ayant des idées suicidaires sont énoncées au paragraphe 17(2) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. En voici un extrait :

17(2) Sans préjudice de la portée générale du paragraphe (1), un enfant a besoin de protection lorsqu'il se trouve dans l'une des situations suivantes :

- a) il est privé de soins, de surveillance ou de direction convenables;
- b) il est sous le soin, la garde, la direction ou à la charge d'une personne qui, selon le cas :
 - (i) ne peut ou ne veut pas lui assurer des soins, une surveillance ou une direction convenables,
 - (ii) par sa conduite, menace ou pourrait menacer la vie, la santé ou le bien-être affectif de l'enfant,
 - (iii) néglige ou refuse de fournir à l'enfant ou d'obtenir pour lui les soins ou les traitements médicaux ou thérapeutiques appropriés, nécessaires à sa santé et à son bien-être, ou qui refuse d'autoriser que ces soins ou ces traitements lui soient fournis, lorsqu'un médecin les recommande [...].

Enfin, étant donné que les enfants confiés aux offices de protection de l'enfance semblent particulièrement susceptibles de faire une dépression, de se suicider ou de s'automutiler, l'équipe estime que les agents de la protection de l'enfance doivent assurer le suivi de tout cas à risque où un enfant auprès duquel ils interviennent exprime des sentiments de désespoir ou de dépression ou parle de son désir de se suicider, même si l'enfant change d'avis ou si l'agent croit que les propos de l'enfant ne mèneront pas à une tentative de suicide. Tous ces enfants et jeunes devraient faire l'objet dès que possible d'une évaluation qui tienne compte de leur milieu et, si un traitement est nécessaire, le traitement devrait se poursuivre pendant une période raisonnable, jusqu'à ce qu'une amélioration soutenue de l'état de l'enfant soit constatée.

Les inquiétudes et les mesures à cet égard devraient être clairement énoncées dans le dossier médical de l'enfant, et les principaux intervenants, comme ses parents nourriciers, le personnel médical et les autres personnes concernées, devraient être informés de l'état de l'enfant et de ses progrès.

L'automutilation

L'équipe a également remarqué qu'un grand nombre d'enfants et de jeunes qui se sont suicidés avaient des antécédents d'automutilation, de coupures et de sévices auto-infligés. Cinq jeunes du groupe s'étaient déjà infligé des coupures avant leur suicide. Toutefois, selon les rapports et les entrevues, les coupures des jeunes n'avaient pas été considérées comme dangereuses pour leur vie, mais plutôt comme des signes d'anxiété, de dépression ou de colère.

L'automutilation est définie comme suit par Levenkron (1998)⁵⁴ :

- fait de s'infliger des coupures ou des brûlures corporelles de façon récurrente;
- un sentiment de tensions précédant immédiatement le geste;
- une douleur physique accompagnée d'une sensation de relaxation, de gratification, de plaisir et d'engourdissement;
- la personne tente de cacher ses marques, le sang ou toute trace d'automutilation, en raison d'un sentiment de honte ou d'une crainte de l'opinion des autres.

Dans bien des documents sur le sujet, l'automutilation n'est pas vue comme un signe avant-coureur d'un suicide, mais plutôt comme une façon d'exprimer des émotions telles la colère, la frustration et la douleur émotionnelle ou comme une façon de faire face à ces émotions. Dans certains cas, les coupures peuvent être une façon d'attirer l'attention ou d'imiter une personne qui présente ce type de comportement. Le fait de s'infliger des coupures est un signe évident de détresse et de problème d'adaptation, qui mérite une attention particulière et un traitement approprié. Ce type de problème d'adaptation peut être le signe avant-coureur d'autres problèmes graves.

L'équipe recommande fortement que tous les enfants qui présentent des signes d'automutilation, de coupures ou d'autres signes semblables voient un professionnel de la santé mentale dès l'apparition du comportement. Ces problèmes sont des signes flagrants de problèmes

⁵⁴ S. Levenkron, *Cutting, Understanding and Overcoming Self-Mutilation*, New York, W.W. Norton and Company, 1998.

d'adaptation importants. Une intervention rapide lorsque ces problèmes surviennent peut réduire à l'avenir le risque de problèmes d'une gravité supérieure.

Recommandation n° 12

Que le ministère de la Santé se joigne aux régies régionales de la santé pour rédiger un protocole d'évaluation et de traitement des enfants et des adolescents qui se présentent aux urgences des hôpitaux en ayant des pensées dépressives, suicidaires ou d'automutilation. Le protocole devrait comprendre une évaluation, des services de suivi et une procédure de transmission immédiate des renseignements à l'office local de protection de l'enfance si la sécurité de l'enfant est menacée.

Recommandation n° 13

Que les gestionnaires de cas de la protection de l'enfance assurent le suivi de tous les rapports sur des idées ou des gestes suicidaires ou des comportements d'automutilation chez les enfants qui reçoivent des services d'un office de protection de l'enfance, en effectuant eux-mêmes la première évaluation et, au besoin, qu'ils fassent évaluer l'enfant par un professionnel de la santé mentale dès que possible. À partir de l'évaluation du gestionnaire de cas et de celle du professionnel de la santé mentale, un suivi devrait être effectué et un plan de soins approprié devrait être mis sur pied en fonction des difficultés de l'enfant et de sa situation personnelle.

Recommandation n° 14

Que tous les enfants visés par des rapports ou des signalements d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide soient examinés par un professionnel de la santé mentale et qu'ils aient un rendez-vous de suivi dans les 30 jours qui suivent la première évaluation.

6.4 L'évaluation du risque de suicide

Le suicide d'un enfant ou d'un jeune est l'une des situations les plus difficiles que puissent vivre un parent ou un professionnel. Ces décès sont très pénibles à vivre parce qu'ils révèlent non seulement l'énorme douleur de l'enfant, mais également le fait que ses proches n'ont pas pu l'aider ni éviter sa fin tragique. À bien des égards, c'est aussi une mort que la plupart des gens jugent évitable.

En menant son étude, l'équipe a été frappée par le manque de connaissance chez les agents de la protection de l'enfance interviewés des signes d'une tentative de suicide, d'une dépression et de troubles affectifs. La plupart des agents ont trouvé très douloureux le suicide de leur client. Cependant, ils étaient nombreux à dire qu'ils ne pensaient pas que l'enfant était en danger avant qu'il commette son geste. L'équipe croit qu'un système devrait être élaboré pour veiller à ce que le personnel des régies reçoive une formation adéquate pour déceler les signes de problèmes graves d'adaptation et d'un risque de suicide, et qu'on recommande des méthodes pour gérer ces

problèmes. Cette formation devrait être donnée pendant la formation préalable à la prestation de services, puis être redonnée à intervalles aux agents qui travaillent sur le terrain.

Recommandation n° 15

Que, dans le cadre de la formation préalable à la prestation de services, le personnel de la protection de l'enfance reçoive une formation spécialisée sur les signes de problèmes importants d'adaptation, de détresse affective et de risque de suicide chez les jeunes. La formation devrait fournir des renseignements sur les ressources d'intervention adéquates. L'application systématique des connaissances transmises lors de la formation devrait être évaluée dans le cadre du processus de surveillance habituel et des mises à jour fréquentes de la formation devraient être fournies.

Recommandation n° 16

Que les ministères de la Santé, de la Justice, des Services à la famille et du Logement et de la Vie saine mènent une étude distincte et approfondie de tous les suicides de jeunes au Manitoba au cours des cinq dernières années et publient un rapport au plus tard en juin 2007.

Le maintien d'un environnement sécuritaire

Le Groupe d'étude sur le suicide au Canada souligne que le suicide chez les jeunes est souvent plus impulsif que le suicide chez les adultes. Dans une étude menée aux États-Unis, Shaffer (1988)⁵⁵ soutient que dans les cas de suicide chez les jeunes, l'accès à une arme à feu était un facteur important dans la décision spontanée de s'enlever la vie. Par conséquent, il est important de considérer non seulement la relation entre l'accès à un fusil à la maison et le suicide, mais aussi l'accès à d'autres objets dangereux pouvant servir à une tentative de suicide.

La *Loi sur les armes à feu* et le *Code criminel*, ch. C-46, deux lois fédérales, fournissent des directives précises sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu. Selon ces directives, toute arme à feu doit être entreposée non chargée et bloquée par un dispositif de verrouillage sécuritaire, dans une chambre forte ou un placard sécuritaire et verrouillé. Selon la loi, les munitions doivent également être entreposées dans un endroit sécuritaire et verrouillé autre que celui où se trouve l'arme à feu.

Le *Règlement sur la délivrance de permis aux foyers nourriciers*, pris en application de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, indique également la procédure pour l'entreposage sécuritaire des médicaments et des substances toxiques. En voici un extrait :

Pratiques en matière de sécurité et d'hygiène

34 Le titulaire de permis fait en sorte que :

⁵⁵ D. Shaffer, « The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 49, n° 9 supplément (1988), p. 36-41.

a) les substances toxiques et inflammables, les médicaments prescrits et les produits de nettoyage soient rangés de façon sûre et soient difficilement accessibles aux enfants en foyer nourricier [...].

Il est évident que les armes à feu sont des articles courants dans les collectivités rurales et les réserves, et la plupart des détenteurs d'armes à feu prennent soin de ranger leurs fusils et autres armes de façon à ce que les enfants et les jeunes n'y aient pas accès. On reconnaît aussi qu'il est difficile de faire en sorte que tous les médicaments soient rangés sous clé en tout temps dans les foyers nourriciers. Toutefois, pour prévenir les problèmes, les parents nourriciers devraient prendre des précautions supplémentaires en ce qui concerne les matières potentiellement dangereuses ou mortelles lorsque des enfants présentant un haut risque de suicide ou des problèmes de comportement sont placés chez eux.

Recommandation n° 17

Que les offices de protection de l'enfance veillent à ce que les foyers nourriciers aient l'information pertinente et respectent les règlements existants applicables en matière d'entreposage des fusils, des médicaments et des substances toxiques.

7.0 Les homicides

Un des types de décès les plus consternants de l'étude est celui des bébés, des enfants et des jeunes victimes d'homicide. Ces décès reçoivent souvent beaucoup d'attention de la population et sont parmi les plus troublants pour le système de protection de l'enfance. L'équipe a examiné au total 18 dossiers d'homicide d'enfants et de jeunes survenus de janvier 2003 à mars 2006.

Parmi les dossiers d'homicide examinés, la majorité des enfants et des jeunes victimes avaient été battus à mort. Trois jeunes ont été tués par balle. Environ 60 % des enfants étaient âgés de plus de 13 ans, et le reste des dossiers concernaient des enfants de moins de 5 ans. Environ 80 % des enfants morts par homicide étaient autochtones et environ 20 % vivaient dans des collectivités du Nord.

Figure 12 : Homicides — Nature du décès et âge de l'enfant

**Homicides —
Nature du décès**

bébés secoués	2
poignardés	2
suffocation	1
tués par balle	3
battus à mort	8

**Homicides —
Âge au moment du décès**

13 ans et plus	10
0 à 4 ans	6
5 à 12 ans	0

En ce qui concerne la nature du décès, les enfants de moins de quatre ans ont été le plus souvent tués par leur fournisseur de soins. Dans la plupart des cas, l'auteur de l'homicide était le parent ou le beau-parent et, dans un des cas, l'enfant est décédé dans le foyer d'un membre de la famille où il était placé⁵⁶. Au contraire, les adolescents ont généralement été tués par des personnes autres que des membres de la famille. On observe également cette tendance dans les statistiques nationales sur les homicides d'enfants et de jeunes.

Différentes situations types et des points préoccupants sont ressortis de l'examen, entre autres, l'usage d'évaluations du risque et de la sécurité et le besoin de stratégies pour lutter contre les gangs et les activités de rue chez les jeunes.

⁵⁶ Diverses études ont signalé la vulnérabilité des enfants d'âge préscolaire aux blessures mortelles et à l'infanticide. Pour plus d'information sur ce thème voir l'ouvrage de J. Kunz et de S. Bahr, « A profile of parental homicide among children », *Journal of Family Violence*, vol. 11, n° 4 (1996), p. 347-362.

7.1 Les évaluations du risque et de la sécurité

Parmi les dossiers d'homicide examinés, 40 % des victimes étaient des enfants de moins de cinq ans. Tous ces enfants ont été tués par leur parent ou leur fournisseur de soins. Chose plus importante, l'équipe a noté que la majorité de ces enfants vivaient dans des foyers qui présentaient des risques très élevés pour les enfants, mais aucun enfant n'avait fait l'objet d'une évaluation officielle du risque ou de la sécurité lorsqu'ils étaient entrés en contact pour la première fois avec un office de protection de l'enfance ou lorsqu'ils avaient emménagé avec leur famille ou avaient été rendus à elle.

L'usage d'outils d'estimation du risque ou d'estimation de la sécurité est un sujet de débat de longue date au sein du système de protection de l'enfance⁵⁷. Ces évaluations se font habituellement à l'aide d'une liste de vérification des points susceptibles de contribuer à accroître le risque de négligence ou de mauvais traitements d'enfants, au moment où le système de protection de l'enfance est contacté, ainsi que les risques potentiels pour la famille si aucun plan d'intervention n'est mis au point. Les outils fournissent généralement des échelles ou un système de numérotation du degré de risque pour l'enfant ou les enfants qui vivent dans un foyer ou une famille. Dans certains offices du Canada et des États-Unis, les estimations du risque et de la sécurité sont facultatives et aident à orienter la décision de l'agent. Dans d'autres offices, l'estimation par écrit du risque et de la sécurité est un élément obligatoire du processus de prise de décision des services à fournir, qui est prévu dans les lois de la province ou de l'État.

Les promoteurs de l'utilisation d'évaluations obligatoires croient qu'un outil officiel fournit aux agents des renseignements de base sur des facteurs que des recherches ont associés à un risque accru pour les enfants. Ils soutiennent qu'un outil d'évaluation aide les agents à prendre de meilleures décisions cliniques sur la sécurité des enfants et aide les parents à mieux comprendre les points à améliorer pour assurer un lieu de vie sécuritaire à leurs enfants.

Les personnes qui s'opposent aux évaluations obligatoires croient qu'un outil officiel ne mesure pas les facteurs qui contribuent à la santé et à la sécurité globales des enfants et des familles, des facteurs difficilement mesurables, mais compris par les agents de la protection de l'enfance. Elles estiment que les évaluations obligatoires sont souvent subjectives et tendent à mesurer des questions liées à la pauvreté et au manque de ressources, des questions sur lesquelles les parents n'ont aucune prise. Elles croient que toute estimation n'est valable que pendant une courte période et ne tient pas compte de circonstances extraordinaires qui peuvent se produire dans la famille une fois l'évaluation terminée. Enfin, ces personnes estiment que les outils normalisés réduisent la place accordée au jugement clinique et au contexte, et obligent les agents à intervenir dans des cas qui ne nécessitent pas nécessairement selon eux le niveau d'intervention indiqué par l'outil d'évaluation du risque⁵⁷.

En 1993, Reid, Sigurdson, Christian-Wood et Wright ont tenté de mettre au point un outil d'évaluation du risque adapté au contexte manitobain. L'outil, appelé *Manitoba Risk Estimation Scales* (système d'estimation des risques du Manitoba), a reçu un accueil tiède de la part des agents de la protection de l'enfance, qui trouvaient les listes de vérification trop longues pour être

⁵⁷ On trouve un excellent article sur la question dans la *Revue canadienne de service social*, vol. 18, n° 1.

utiles au quotidien. Les offices des Premières nations ont également trouvé que les listes de vérification n'étaient pas adaptées sur le plan culturel et ne tenaient pas tout à fait compte des limites de leur travail.

Le *Guide de normalisation des services à l'enfant et à la famille* actuel prévoit une évaluation du risque des enfants dans leur milieu familial. La section 1.1.1 énonce les exigences des évaluations de sécurité pendant le processus de réception des demandes.

En voici un extrait :

Évaluation de sécurité obligatoire — Lorsque les problèmes définis (n° 8) exigent une intervention immédiate et dans les 24 heures, l'agent effectuera une évaluation dans un délai de 24 heures à partir de l'heure de réception du renvoi à moins que le superviseur n'autorise un report après avoir examiné la situation. Selon l'office, le premier agent pourra réaliser l'évaluation de sécurité lui-même, faire exécuter l'évaluation par un autre agent approprié ou transmettre le dossier au superviseur pour que celui-ci désigne un agent. Lorsque le délai d'intervention recommandé est supérieur à 24 heures, l'agent pourra réaliser une évaluation de sécurité s'il a des doutes au sujet de la sécurité d'un enfant.

Bien que différents types d'outils d'estimation du risque soient utilisés par divers offices de protection de l'enfance, il semble qu'il n'y ait pas d'outil standard. Il semble également qu'aucun outil ne soit utilisé systématiquement à la réception d'une demande, ni lorsqu'on signale de nouvelles situations à un office.

L'équipe comprend les limites de tout système d'estimation du risque ou de la sécurité. Néanmoins, elle a constaté que dans certaines situations, une évaluation obligatoire aurait pu aider l'agent à prendre une décision plus éclairée sur le degré d'intervention nécessaire auprès de la famille. Une telle évaluation aurait aussi servi à rappeler aux agents d'examiner certains points qu'ils n'ont peut-être pas considérés comme des risques. Cela est particulièrement vrai pour les enfants de moins de quatre ans. En raison de leur âge, peu de systèmes (écoles, cercles sociaux, etc.) intervenaient dans leurs soins quotidiens. Ces enfants étaient souvent spécialement vulnérables aux pressions de leurs parents et difficilement en mesure de se soustraire aux mauvais traitements⁵⁸.

L'équipe a examiné les « évaluations du risque et de la sécurité » de différents États et a remarqué que le Michigan et la Californie utilisaient tous deux une « évaluation familiale » type d'une page, qui contient des échelles sur la négligence et les mauvais traitements envers les enfants. Les questions posées dans l'évaluation type de chacun des États différaient quelque peu et semblaient tenir compte de préoccupations locales en matière de protection de l'enfance⁵⁹. L'évaluation type semblait demander moins de temps des agents et pourrait aider à cerner certains points à considérer au moment de décider des services à fournir aux enfants et aux

⁵⁸ On a fait état de la vulnérabilité chez les enfants d'âge préscolaire dans de nombreuses études, et le thème est abordé dans l'article de J. Kunz et de S. Bahr, « A profile of parental homicide among children », *Journal of Family Violence*, vol. 11, n° 4 (1996), p. 347-362.

⁵⁹ D'après les échanges de l'équipe avec Andy Koster, directeur de la Children's Aid Society de Brant, une adaptation de l'évaluation type est actuellement à l'essai en Ontario.

familles. Le personnel a indiqué que l'évaluation du risque présentée dans la formation axée sur les compétences était également utile.

Recommandation n° 18

Que les quatre régions se réunissent pour mettre au point un outil concis d'évaluation du risque ou des outils représentatifs des besoins de la province ou de ses diverses régions.

Recommandation n° 19

Que les quatre régions veillent à ce que des évaluations formelles du risque soient faites pour tout enfant desservi de moins de cinq ans dès la réception d'une demande, et que de nouvelles évaluations soient faites lorsque l'enfant est pris en charge, est placé dans un nouveau foyer nourricier ou se prépare à retourner vivre avec sa famille d'origine.

La protection de l'enfance et les protocoles en cas de mauvais traitements

Pour son étude sur les évaluations du risque, on a fourni à l'équipe un manuel intitulé *Protection de l'enfance et enfants maltraités — Protocoles à l'intention des travailleuses et des travailleurs sociaux*. Ce manuel a été élaboré et distribué en 2003 par le ministère des Services à la famille et du Logement. Il fournit des renseignements détaillés sur des termes, des indicateurs, des dispositions législatives, le signalement des mauvais traitements envers un enfant et le processus d'enquête. Il fournit également de l'information sur des façons d'aider les enfants qui divulguent de mauvais traitements et examine des façons de réduire les mauvais traitements envers les enfants dans la société.

L'équipe a jugé que le manuel était une bonne ressource pour les agents de la protection de l'enfance. Il est clair, concis et facile à comprendre. Chose plus importante encore, il offre en un seul document pratique des renseignements pertinents et utiles aux agents de la protection de l'enfance.

Pour prendre de bonnes décisions en protection de l'enfance, les agents de la protection de l'enfance doivent avoir une bonne compréhension de la loi, des normes et des procédures en cas de mauvais traitements envers un enfant. La compilation de renseignements sur tous ces sujets dans un format accessible est très utile à tous les agents. Étant donné qu'un grand nombre de nouveaux agents aux nouvelles fonctions ont été embauchés récemment, il serait très utile de distribuer ce document comme outil de référence pour les nouveaux agents.

Recommandation n° 20

Que des exemplaires du document Protection de l'enfance et enfants maltraités — Protocoles à l'intention des travailleuses et des travailleurs sociaux soient distribués à tous les agents de la protection de l'enfance du Manitoba.

7.2 Les gangs et la violence dans la rue

L'augmentation des jeunes laissés pour compte qui font partie de gangs est devenue un problème grave au Manitoba et dans le système de protection de l'enfance. Les gangs de rue sont des groupes de personnes dont l'un des principaux buts est de commettre des activités criminelles à des fins lucratives⁶⁰.

Dans bien des cas, les gangs de rue sont étroitement associées aux bandes de motards criminalisées qui, à leur tour, sont associées à la plupart des activités d'importation et de distribution de drogues illicites au Manitoba. Les membres des gangs de rue sont souvent responsables de la vente de drogues importées par les bandes de motards. La lutte des gangs pour garder leur mainmise sur le marché des drogues illicites est responsable de la croissance de la violence liée aux gangs que l'on connaît ces dernières années⁶¹. Le Service de police de Winnipeg a inscrit plus de 2 000 membres de gangs de rue dans ses registres, et ce nombre s'accroît d'année en année.

Les spécialistes dans le domaine des gangs de rue soutiennent que les jeunes qui risquent le plus de devenir membres d'un gang sont ceux qui se sentent détachés de leur milieu familial, qui ont des antécédents de mauvais traitements physiques ou sexuels et ont été des victimes, et qui n'ont pas de sentiment de sécurité dans leur famille ni dans leur milieu, ni de sentiment d'appartenance familiale ou collective. Les enfants les plus à risque sont ceux qui n'ont pas suffisamment de lien avec les sources d'aide traditionnelles, comme la famille, l'école, la culture et la collectivité. Ces enfants sont plus susceptibles de s'investir dans des activités en compagnie d'autres personnes qui ont le même sentiment d'aliénation sociale.

Les enfants qui reçoivent des services du système de protection de l'enfance risquent davantage d'entrer dans des gangs de rue en raison de problèmes familiaux, de multiples placements en foyers nourriciers et de difficultés dans le système scolaire.

Les enfants qui se sentent déconnectés de leur foyer ou de leur école arrivent souvent à créer ce sentiment d'appartenance et à bâtir leur estime d'eux-mêmes à l'aide d'activités sociales, récréatives et communautaires auxquelles participent des pairs qui ont des intérêts semblables aux leurs. Dans un rapport de 1999, Santé Canada a écrit ce qui suit :

Les réseaux scolaires et communautaires offrent le soutien et l'enrichissement nécessaires pour créer des milieux de croissance sécuritaires. Les enfants qui ont eu l'occasion de participer à une multitude d'activités et de programmes en dehors de leur famille sont plus susceptibles de se considérer comme des êtres humains autonomes⁶².

⁶⁰ Justice Manitoba, *Projet anti-gangs — Guide à l'intention des parents et des membres de la collectivité*, s.d., sur Internet : <www.gov.mb.ca/justice/safe/gangproof/index.fr.html>.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

Sachant cela, il est surprenant de voir que le gouvernement du Manitoba continue de réduire les fonds pour les activités récréatives et sociales des enfants placés. Les fonds actuellement consacrés aux activités sociales et récréatives des enfants sont de loin insuffisants pour couvrir les frais associés aux activités sociales et récréatives des enfants confiés aux offices de protection de l'enfance, des activités qui sont censées les aider à se bâtir une bonne estime d'eux-mêmes et à améliorer leurs compétences. Ces activités sont particulièrement importantes pour les enfants et les jeunes qui ont des problèmes à l'école et à la maison et qui ont besoin d'une activité pour renforcer leur sentiment de réussite et leur confiance en eux. Les compressions budgétaires dans ce domaine ne sont pas logiques étant donné que toutes les recherches menées par Santé Canada et Justice Manitoba mettent directement en évidence la relation entre les activités sociales et récréatives et les habitudes de vie saines chez les enfants et les jeunes à haut risque.

La diminution continue des fonds destinés aux activités récréatives et sociales des enfants aura des répercussions négatives sur le développement affectif et social des enfants confiés aux offices de protection de l'enfance et pourrait entraîner une augmentation du nombre d'enfants qui participe à des activités négatives, comme les activités des gangs de rue, l'usage de drogues et d'alcool et d'autres activités de la rue.

Recommandation n° 21

Que le ministère des Services à la famille et du Logement fasse passer immédiatement les prestations destinées aux activités sociales et récréatives des enfants pris en charge de 1,47 \$ par jour à 2 \$ par jour et que les offices réunissent les sommes pour assumer les frais de la participation des enfants pris en charge à des programmes récréatifs, comme des camps, des cours ou des cercles sociaux.

Recommandation n° 22

Que le ministère des Services à la famille et du Logement, de concert avec tous les autres ministères pertinents, affecte des fonds à la prévention pour soutenir des programmes sociaux et récréatifs qui encouragent les choix de vie sains chez les enfants et les jeunes qui reçoivent des services d'un office de protection de l'enfance. Il serait bon de faire la promotion auprès des familles à haut risque d'activités gratuites et familiales en tant qu'activités saines.

8.0 La prévention des décès d'enfants pris en charge au Manitoba

Dans la première partie du rapport (points 4 à 7), nous avons exposé différentes questions et inquiétudes relatives à la nature particulière des décès, y compris des facteurs liés aux suicides, aux homicides, aux morts accidentelles et aux morts naturelles. Elle a également souligné des questions et des inquiétudes communes aux décès de toute nature et qui constituent des risques généraux pour tous les enfants et les jeunes du Manitoba. Parmi ces questions, citons le haut pourcentage d'enfants atteints de l'ETCAF, les questions liées aux conflits entre les parents et les adolescents et les questions liées à la prestation de services de santé mentale au Manitoba. L'équipe a constaté qu'une intervention et de l'aide dans ces domaines auraient pu aider à réduire certains des risques qui guettent les enfants du Manitoba, spécialement les enfants qui reçoivent des services du système de protection de l'enfance.

8.1 Les questions de santé mentale

Le point le plus troublant en ce qui concerne les décès d'enfants dans la province est peut-être la difficulté du système de protection de l'enfance de travailler de concert avec le système de santé mentale pour assurer une prestation intégrée de services aux enfants qui présentent des symptômes de troubles de santé mentale. Pour y arriver, il est essentiel d'établir des relations de travail efficaces et harmonieuses entre les offices et les services de santé mentale, et de disposer des services adéquats pour répondre aux besoins.

L'équipe a examiné de multiples dossiers d'enfants connus du système de santé mentale avant leur décès, tant des dossiers d'enfants qui avaient reçu des services que des dossiers d'enfants qui n'en avaient pas reçu. Ces dossiers comprenaient des dossiers de suicides, d'homicides et de morts naturelles. Toutefois, les dossiers de suicide ont particulièrement retenu l'attention de l'équipe. Sur les 13 dossiers de suicide que l'équipe a examinés, un seul enfant n'avait pas d'antécédents connus de dépression et environ la moitié des enfants avait vu un professionnel de la santé mentale dans l'année précédant leur suicide.

L'élément le plus inquiétant dans ces décès est probablement le fait que les jeunes qui se sont présentés à l'urgence d'un hôpital en ayant des symptômes de dépression et des idées suicidaires n'ont pas reçu de services de suivi parce que le médecin de l'urgence n'a pas jugé que leurs symptômes rendaient nécessaire une évaluation complète de leur santé mentale. Un autre jeune, cependant, s'est suicidé dans les mois qui ont suivi sa visite à l'hôpital.

Pour approfondir la question, l'équipe a rencontré le personnel des offices responsables des enfants au moment de leur décès, ainsi que les représentants des services de santé mentale pour enfants et adolescents de Winnipeg et de Thompson. Enfin, l'équipe a rencontré un représentant de l'équipe d'intervention mobile de Winnipeg, une équipe souvent contactée lorsqu'une famille ou une école s'inquiète de la sécurité d'un enfant. L'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants souhaitait connaître leur opinion sur le modèle actuel de prestation de services aux enfants et aux jeunes.

Dans son rapport d'enquête sur le dossier Redhead (2004), la juge K. Mary Curtis soulignait ce qui suit :

Les services de santé mentale au Manitoba ressemblent à une créature à plusieurs têtes.
Sous la rubrique « santé mentale », on trouve une myriade de ressources. (p. 51)

D'après l'étude de tout le matériel fourni, il est apparu clairement à l'équipe que le système de santé mentale pour enfants et adolescents manque de ressources et, par conséquent, est incapable de répondre aux besoins d'un nombre croissant d'enfants et de jeunes qui ont des troubles de santé mentale. Bien que la situation concerne toute la province, les problèmes d'accès aux services de santé mentale sont particulièrement criants dans les collectivités rurales et éloignées. Il semble que des services complets de santé mentale soient rarement accessibles aux enfants de ces collectivités.

Un besoin des plus pressants est l'offre de services d'urgence et de traitement dans les hôpitaux aux enfants considérés comme dangereux pour eux-mêmes, en raison d'une dépression ou d'idées suicidaires. D'après l'information fournie à l'équipe, le Child and Adolescent Treatment Centre (CATC) de Brandon offre un service de stabilisation en cas de crise depuis au moins un an et n'offre plus de soins psychiatriques en établissement pour les enfants et les jeunes de Brandon, de la région de l'Ouest et de la région des Parcs. L'équipe a également constaté que très peu de services sont offerts dans les autres hôpitaux ruraux et que les enfants qui ont des problèmes graves sont transportés dans les grands centres, comme Winnipeg.

Le manque de services en milieu rural fait augmenter la pression qui s'exerce sur le système de Winnipeg et, par conséquent, ce système de santé mentale est sursaturé la plupart du temps. Le système est complexe et il est difficile de s'y retrouver pour les familles et les agents de la protection de l'enfance qui doivent tenter de répondre aux besoins affectifs et physiques d'un enfant qui a parfois été transporté à des centaines de kilomètres pour recevoir des soins. Le système tel qu'il existe incite les parents et les fournisseurs de services à ne pas toujours signaler les comportements problématiques chez un enfant ou à en minimiser l'importance, et à tenter de faire avec les ressources offertes à l'échelle locale.

Au sujet du besoin d'augmenter le nombre de psychiatres « itinérants » qui visitent les collectivités éloignées, le D^r Keith Hildahl a fait état des difficultés qui surgissent lorsque des enfants ou des familles doivent quitter leur milieu pour recevoir des soins. Le rapport de l'enquête sur le dossier de Redhead (2004) citait les observations suivantes du D^r Hildahl :

Les services d'un psychiatre itinérant dans une collectivité éloignée présentent un autre avantage. En effet, les personnes qui y vivent ne chercheront probablement pas d'aide autrement, par peur de devoir quitter leur milieu et leur famille pour recevoir des services, mais elles peuvent accepter de recevoir de l'aide si on leur assure qu'elles ne seront pas emmenées loin de chez elles. (p. 54)

L'équipe a remarqué d'autres problèmes dans les collectivités des Premières nations, où les conflits de compétence⁶³ font qu'il y a encore plus de confusion et moins de services. Il continue

⁶³ Pour plus d'information sur le thème, voir le point 8.3 sur les conflits de compétence.

d'y avoir de la confusion au sujet des services hospitaliers pour les enfants qui vivent dans les réserves et les conditions selon lesquelles ils peuvent y avoir accès. La juge Curtis l'avait signalé dans le rapport d'enquête sur le dossier Redhead (2004) :

Il y a eu de nombreuses preuves au cours de l'enquête de toutes sortes de tentatives de rassembler des intervenants dans divers domaines. Des discussions ont eu lieu, mais les intervenants étaient difficilement en mesure d'apporter des changements. Le problème n'est pas nouveau. On a déjà beaucoup écrit et parlé en faveur du concept d'intégration de tous les échelons administratifs et de la réunion des dirigeants de toutes les sphères de compétence pour la création d'un modèle intégré. Entre autres, la Commission royale sur les peuples autochtones a abordé la question. L'absence d'intégration des trois échelons de compétence a eu des effets négatifs sur la prestation de services de santé mentale et continuera d'en avoir tant que ne participeront pas des personnes suffisamment haut placées dans la hiérarchie pour prendre des décisions.

Les offices de protection de l'enfance des Premières nations du Nord signalent que le manque de services dans le Nord fait en sorte que leurs agents doivent souvent offrir des services d'urgence aux jeunes qui ont des problèmes de santé mentale, sans l'aide de médecins, sans établissement sûr en cas de crise, sans services de suivi. L'équipe a aussi été surprise d'apprendre que les agents n'avaient pas de congé de deuil en cas de décès d'un enfant dont ils s'occupaient, parce qu'il n'y avait pas vraiment de personnel pour les remplacer. Cela crée beaucoup de stress chez les agents et entraîne un taux de roulement élevé du personnel de la protection de l'enfance.

De plus, le personnel des offices a indiqué que les infirmiers et les infirmières des postes de soins infirmiers des Premières nations n'avaient pas toujours de formation en santé mentale et se fiaient parfois à leur expérience pour s'occuper d'un enfant ou d'un jeune ayant des problèmes de santé mentale. Dans bien des cas, ils n'avaient pas nécessairement accès à un médecin une fois que le médecin itinérant a quitté la collectivité.

L'équipe s'est penchée sur des innovations dans le domaine, rendues possibles grâce au système de télésanté du Manitoba. Le service de télésanté permet à des professionnels qui travaillent dans les différentes collectivités d'avoir accès à des services de conseils médicaux au besoin. Les travailleurs et les patients locaux ont accès à ce service sans devoir quitter leur collectivité, à moins que ce soit absolument nécessaire. L'équipe a estimé que ce programme avait des chances réelles de fournir plus de services aux collectivités rurales et éloignées.

Étant donné que les problèmes de santé mentale sont parmi les principaux problèmes à traiter par le personnel des postes de soins infirmiers, il semble qu'une formation spécialisée dans le domaine et une aide supplémentaire par l'intermédiaire d'un système de télésanté pourraient aider à mieux dépister les symptômes de dépression et les idées suicidaires avant que les problèmes ne s'aggravent.

Recommandation n° 23

Que le ministère de la Santé étudie l'offre actuelle de services et des ressources d'intervention en santé mentale pour les enfants et les adolescents des régions rurales et éloignées, dans le but d'éviter que les enfants qui vivent dans ces régions aient nécessairement à se rendre à Winnipeg ou à Thompson pour obtenir des services.

Recommandation n° 24

Que le ministère de la Santé embauche en priorité un ou plusieurs psychiatres au Child and Adolescent Treatment Centre de Brandon afin de fournir des services internes et externes aux familles de Brandon et des régions environnantes.

Recommandation n° 25

Que le ministère de la Santé fournisse des fonds pour développer le présent programme de formation sur la santé mentale des enfants et des adolescents à l'intention du personnel des Premières nations, en utilisant les installations de télésanté.

Recommandation n° 26

Que le ministère de la Santé finance un programme de télésanté en santé mentale à Winnipeg pour améliorer l'accessibilité des collectivités rurales et des collectivités des Premières nations du Manitoba aux soins psychiatriques et aux conseils de spécialistes en santé mentale.

Les programmes de stabilisation en cas de crise

Dans de nombreux cas, les enfants qui présentent des signes de dépression ou ont des idées suicidaires n'ont pas à être hospitalisés, mais peuvent avoir besoin d'un suivi dans un endroit sûr pendant un certain temps. L'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants a été heureuse de voir que l'équipe d'intervention mobile de Winnipeg avait commencé à travailler en collaboration avec l'Hôpital pour enfants de Winnipeg pour veiller à offrir aux enfants et aux jeunes qui se sont présentés à l'hôpital, mais qui n'ont pas été hospitalisés, un séjour de 48 heures dans son unité de stabilisation en cas de crise. Ainsi, les enfants et les jeunes ont le temps de réfléchir à certains problèmes qui ont provoqué leur crise et on s'assure que leur état ne s'aggrave pas. Dans le contexte, les programmes de stabilisation en cas de crise constituent une ressource rentable et inestimable pour les familles et le système de protection de l'enfance.

Les équipes d'intervention mobiles offrent un service précieux en se rendant à domicile pour désamorcer le problème ou la situation de crise d'un enfant. Le personnel des équipes mobiles peut élaborer pour l'enfant un plan de soins d'urgence, agir comme médiateur en cas de conflits entre un parent et un adolescent, évaluer la santé mentale ou les risques de suicide et aider un enfant ou un jeune à régler des problèmes liés à la situation de crise. Ces services offrent une façon rentable de calmer les enfants et les jeunes et d'assurer leur sécurité en situation de crise.

En examinant le programme d'intervention mobile des Macdonald Youth Services, à Winnipeg, l'équipe a constaté le manque de places dans les unités de stabilisation en cas de crise pour les enfants et les jeunes en détresse. Le besoin est spécialement chronique dans l'unité des filles qui, selon l'information fournie à l'équipe, fonctionne presque à pleine capacité. Par conséquent, il semble raisonnable de développer ce service pour répondre aux besoins signalés par ce programme, puisqu'il s'agit d'une façon rentable d'assurer la sécurité des enfants en situation de crise.

Il a aussi été signalé que le temps d'attente pour les services de l'équipe d'intervention mobile augmente au fur et à mesure qu'elle est connue. Les besoins sont particulièrement aigus en début de soirée. Après l'école, ils semblent que les enfants et les jeunes aient un besoin accru de counseling, d'aide et de services de santé mentale.

À l'heure actuelle, les programmes d'intervention mobile pour les enfants et les jeunes sont offerts sous diverses formes dans certaines régions. Les membres de l'équipe s'entendent pour dire que si ces services étaient mis sur pied ou renforcés, ils aideraient certainement à réduire le nombre de suicides chez les jeunes manitobains à risque.

Recommandation n° 27

Que le ministère des Services à la famille et du Logement finance cinq nouvelles places à l'unité de stabilisation en cas de crise chez les filles.

Recommandation n° 28

Que l'équipe d'intervention mobile de Winnipeg embauche un autre agent de soir pour répondre aux besoins des jeunes en situation de crise.

Recommandation n° 29

Que le ministère des Services à la famille et du Logement et le ministère de la Santé unissent leurs efforts pour former des équipes d'intervention mobiles et mettre au point des programmes de stabilisation en cas de crise dans toutes les régions du Manitoba qui n'ont pas encore de programme du genre.

Les services de santé mentale externes et offerts dans les collectivités

Il a été prouvé que l'offre de services de santé mentale et de counseling dans la collectivité est la façon la moins intrusive d'assurer la prestation de services de santé mentale. Il en avait aussi été question dans le rapport d'enquête sur le dossier Redhead (2004) :

C'est aussi difficile lorsqu'une personne a quitté sa collectivité pour recevoir des traitements et revient dans la collectivité parce que : 1) la situation à la maison, dans le milieu, n'est probablement pas différente de la situation qui existait lorsqu'on a envoyé la jeune personne suivre des traitements. Les conséquences, évidemment, sont que comme rien n'a changé, tous les progrès de la personne à l'extérieur de son milieu risquent d'être perdus rapidement lorsqu'elle y retourne. (p. 55)

Malgré cela, l'équipe a remarqué que les fonds publics consacrés aux services externes de counseling pour les enfants et les familles sont insuffisants dans les collectivités situées en dehors des principaux centres urbains. De plus, l'équipe a constaté qu'il existait de longues listes d'attente pour obtenir des services publics, lorsqu'ils sont offerts, et un accès difficile aux programmes.

Des compressions budgétaires ont aussi eu lieu dans le programme externe de santé mentale offert par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, qui limite maintenant les services à six à dix séances. Ces compressions créent de longues listes d'attente et une réduction des services, ce qui fait augmenter les pressions sur les programmes de soins avec hospitalisation et ne sert qu'à accroître l'intensité des problèmes existants. Cela risque d'entraîner des conséquences graves, et même la mort, dans certaines situations.

L'équipe considère que des compressions dans les programmes publics de counseling font peut-être faire des économies au gouvernement à court terme, mais qu'elles risquent de créer des difficultés encore plus graves et à long terme chez les enfants et les familles, spécialement chez les plus démunis.

Recommandation n° 30

Que le ministère des Services à la famille et du Logement et le ministère de la Santé augmentent les sommes destinées aux services de traitement externes pour les enfants, les jeunes et les familles pour qu'ils aient accès à des services de counseling dans les 12 semaines qui suivent l'aiguillage vers ces services.

8.2 Les conflits entre les parents et les adolescents

Le groupe le plus nombreux dans l'étude est sans doute celui des jeunes de plus de 13 ans. Dans bien des cas, leurs décès sont particulièrement troublants parce qu'ils pointent des lacunes du système de protection de l'enfance, l'insuffisance de services pour les jeunes et la mauvaise coordination des services d'aide aux adolescents. De plus, l'équipe a constaté que la prestation de services des divers offices varie énormément dans l'ensemble de la province, tant pour ce qui est

de la philosophie que de l'accessibilité. Les lacunes dans les services ont eu des répercussions sur la vie et le décès des adolescents.

Il est intéressant de souligner dans cette étude les tendances dans les causes de décès par catégorie d'âge. Les enfants les plus jeunes sont principalement décédés de causes naturelles, par accident et par homicide, tandis que les adolescents sont beaucoup plus souvent décédés par homicide ou par suicide, le nombre de morts accidentelles ou naturelles étant beaucoup moins élevé. Il est également important de signaler que dans la majorité de ces décès, y compris un des décès de mort naturelle⁶⁴, les actions des jeunes ont contribué à leur décès.

Figure 13 : Décès d'adolescents et d'enfants — Nature des décès

Adolescents

Nature des décès

indéterminée	1
homicide	11
mort naturelle	4
suicide	10
mort accidentelle	2

Enfants de moins de 12 ans

Nature des décès

mort naturelle	13
suicide	0
indéterminée	3
homicide	4
mort accidentelle	4

Il est également intéressant de souligner que seulement un petit nombre des jeunes dans l'étude étaient pris en charge par un office au moment de leur décès. Toutefois, les jeunes confiés aux soins des offices étaient plus susceptibles d'être des pupilles de l'État ayant des problèmes permanents dans leur famille d'origine. Un petit nombre de dossiers concernaient des adolescents placés depuis peu en raison de problèmes de santé ou de conflits familiaux si intenses que les parents n'étaient plus en mesure de s'occuper de l'enfant. L'équipe a remarqué deux points principaux à cet égard : les conflits entre les parents et les adolescents et les services spécialisés pour les adolescents.

Les conflits entre les parents et les adolescents

Bien qu'aucun des décès d'enfants, pour le moment, n'ait découlé directement d'un conflit parent-adolescent, l'équipe a constaté que, dans au moins trois cas d'homicide, dans de nombreux cas de suicide et dans un cas de mort naturelle, un conflit entre l'enfant et son parent a été un facteur contributif dans le décès de l'enfant.

⁶⁴ Une des jeunes parmi les enfants décédés de mort naturelle est décédée de causes naturelles qui auraient pu être empêchées si elle avait suivi le traitement médical strict prescrit par ses médecins.

Les conflits entre les parents et les adolescents ne sont pas un phénomène nouveau. Erik Erikson, spécialiste du développement de l'enfant, a étudié la question du développement de l'identité du moi au début des années 1950⁶⁵ et des auteurs ont publié depuis des livres de croissance personnelle⁶⁶ sur la vie avec les adolescents. Cependant, ce qui a changé, c'est la croissance du côté des offices de protection de l'enfance de l'aiguillage d'adolescents vers leurs services et des demandes directes d'adolescents en raison de conflits parent-adolescent. Ces demandes sont souvent dirigées vers la médiation entre le parent et l'enfant, et des services de protection ne sont pas nécessaires. En général, il a semblé que les offices ont souvent hésité à intervenir dans les conflits familiaux, sauf si l'adolescent avait des besoins extrêmes, une famille ou un milieu vulnérable ou qu'il n'y avait pas d'autre possibilité. Toutefois, dans d'autres situations, des problèmes familiaux chroniques, qui existaient depuis longtemps, se sont intensifiés au début de l'adolescence ou encore les problèmes étaient trop aigus pour être réglés par médiation. Cela a pu faire en sorte que l'enfant soit confié à un office pour que ses besoins soient satisfaits pendant l'adolescence.

L'équipe a constaté que lorsque des adolescents sont entrés en contact avec un office en raison d'un conflit parent-adolescent, les services ont varié grandement d'un office à un autre. Les jeunes se sont parfois adressés à un office pour signaler une altercation physique avec un parent, et l'office a pu considérer la situation comme un cas de besoins élevés qui nécessitait le placement de l'adolescent. Dans d'autres cas, la situation a été considérée comme un conflit parent-adolescent ordinaire et l'office a dirigé l'enfant et la famille vers des services volontaires de suivi dans leur milieu. Trop souvent, l'office qui a dirigé l'enfant ou la famille vers d'autres services n'a pas fait de suivi pour vérifier si l'enfant ou la famille recevaient bien les services recommandés.

Comme mesure relativement à l'augmentation des demandes concernant des adolescents, les Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg ont mis sur pied un mécanisme en cas de conflits parents-adolescents à utiliser dès la réception d'une demande. Les fournisseurs de services ont indiqué que ce mécanisme est très utile pour les agents, car il leur fournit une approche axée sur la médiation à utiliser auprès des familles qui, autrement, n'ont pas besoin du système de protection de l'enfance. Toutefois, ils ont aussi indiqué que les adolescents étaient dirigés vers des services de médiation sans examen approfondi de la situation familiale. Les fournisseurs de services ont également signalé que le mécanisme ne prévoyait aucun suivi systématique pour vérifier si les problèmes qui avaient entraîné la demande étaient réglés et si les services nécessaires étaient en place.

L'équipe a noté un suivi insuffisant en ce qui concerne l'évaluation de la source des difficultés lorsque des adolescents se sont adressés eux-mêmes à un office de protection de l'enfance ou ont été dirigés vers un office. Dans certains cas, cela a fait que les agents ont supposé que le problème allait se régler de lui-même, et par conséquent, ils n'ont pas fait d'évaluation complète des problèmes affectifs ou physiques de l'enfant.

⁶⁵ E. Erikson, *Identity, youth and crisis*, New York, Norton Books, 1968.

⁶⁶ Par exemple, l'ouvrage de A. Wolf, *Get Out of My Life but first could you drive me and Cheryl to the mall—A Parent's Guide to the New Teenager*, HarperCollinsCanada Press, 1991.

Par exemple, dans un des cas, un travailleur en santé mentale a contacté un office pour signaler qu'un adolescent était peut-être à risque en raison de sa situation familiale. L'office a fait un suivi téléphonique et l'aiguillage vers les services de l'office a été classé comme une « difficulté parentale », sans que la situation de la famille d'origine soit évaluée directement. L'enfant est décédé quelques mois plus tard, et l'affaire n'est toujours pas résolue. Dans trois autres dossiers, des adolescents qui avaient reçu des services à l'enfant et à la famille dans le passé se sont présentés à un office pour dire qu'ils subissaient de mauvais traitements dans leur foyer. La situation a été classée « conflit parent-adolescent », et il y a eu peu de suivi.

L'équipe a également constaté que, même si la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*⁶⁷ en parle en toutes lettres, les fonds destinés aux services de counseling pour les enfants et les adolescents qui ne sont pas confiés aux soins d'un office ont beaucoup diminué au cours des dernières années. Il y a aussi eu des compressions dans les budgets des services de counseling continu en cas de conflits entre les parents et les adolescents, ce qui fait que les enfants et les familles doivent trouver eux-mêmes les sommes pour des services de counseling ou attendre jusqu'à six mois pour obtenir des services publics, s'ils sont offerts dans leur région. L'équipe estime que ces services pourraient aider à déterminer l'ampleur des problèmes familiaux ou à évaluer l'effet de ceux-ci sur les enfants d'un foyer. L'équipe recommande fortement que ces deux domaines de services soient rétablis et offerts aux familles qui les nécessitent.

Bien qu'il soit difficile de déterminer si une plus grande intervention d'un office de protection de l'enfance aurait prévenu des décès, il est certain que davantage de mesures auraient pu être prises pour protéger les enfants.

Recommandation n° 31

Dès qu'un office reçoit des renseignements sur de mauvais traitements envers un enfant ou un adolescent, qu'une enquête complète soit effectuée pour confirmer la véracité du signalement, quel que soit l'âge de l'enfant.

Recommandation n° 32

Que les offices, lorsqu'ils confient le dossier d'un adolescent ou d'une famille à un organisme communautaire, fassent un suivi dans les trois mois pour vérifier si les services sont utilisés et si d'autres services d'aide sont nécessaires.

Recommandation n° 33

Que le ministère des Services à la famille et du Logement, en finançant davantage les programmes de prévention, augmente spécialement les fonds destinés aux services de counseling pour les enfants et les adolescents qui ont des besoins élevés, mais qui ne sont pas confiés à un office de protection de l'enfance.

⁶⁷ Le paragraphe 7(1) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* prévoit que le système de protection de l'enfance doit, parmi ses obligations, offrir aux familles des services de counseling, d'orientation et d'autres services « pour empêcher que ne se créent des conditions qui nécessitent le placement des enfants dans des programmes de protection ou de traitements ».

Recommandation n° 34

Que le ministère des Services à la famille et du Logement, en finançant davantage les programmes de prévention, augmente spécialement les fonds destinés aux services de counseling familial pour les parents et les adolescents qui vivent un conflit ayant entraîné l'intervention d'un office de protection de l'enfance.

Les services spécialisés pour les adolescents pris en charge

Des fournisseurs de services ont indiqué que la recherche de services appropriés pour les adolescents était une des tâches les plus complexes dans le système de protection de l'enfance, entre autres, la recherche d'aide pour les jeunes ayant des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale, des problèmes affectifs ou des déficiences⁶⁸.

Le personnel interviewé a exprimé une certaine frustration à l'égard du manque de possibilité de placements spécialisés pour les adolescents ayant des comportements extrêmes ou de graves problèmes affectifs ou pour les jeunes de la rue. Comme placements spécialisés, on entend les foyers spécialisés ou les foyers de groupe, les installations sécuritaires pour de courts séjours en situation de crise ou les placements en établissements de soins à long terme. Le personnel des offices a indiqué que l'attente pour les placements en établissement pouvait atteindre un an, et qu'à part les lits de stabilisation à très court terme en situation de crise, il n'y avait aucun moyen de protéger les enfants qui ont besoin d'une surveillance intensive pour voir à ce qu'ils ne présentent pas de danger pour eux-mêmes. Les agents de la protection de l'enfance ont également exprimé une inquiétude par rapport à la fin de services fournis à la plupart des enfants à leur 18^e anniversaire et leur crainte pour la sécurité des enfants une fois qu'ils ont atteint l'âge de la majorité. La situation est particulièrement problématique pour les jeunes ayant des troubles affectifs ou des troubles de santé mentale diagnostiqués ou soupçonnés, et les jeunes vulnérables en raison d'un handicap tel que l'ETCAF.

Des organismes communautaires ont également signalé à l'équipe l'insuffisance de services d'urgence et de lits pour les jeunes en situation de crise. L'équipe a noté que le nombre d'appels reçus par l'équipe d'intervention mobile de Winnipeg avait considérablement augmenté au cours des trois dernières années et que le temps d'attente pour obtenir des services était à la hausse ces dernières années. L'équipe a également relevé un besoin particulier de lits à l'unité de stabilisation en cas de crise de Winnipeg pour les filles qui ont des problèmes de dépression ou des problèmes familiaux. Par conséquent, en situation de crise, les adolescentes ne reçoivent pas l'aide nécessaire rapidement. Il est fortement recommandé que le gouvernement du Manitoba augmente le budget destiné au financement des services aux adolescents en crise pour qu'ils reçoivent les services nécessaires au moment opportun.

Dans de nombreux dossiers, l'équipe a remarqué d'étroites ressemblances dans la manière dont les adolescents sont décédés. Dans bien des cas, les adolescents ont tenté de demander de l'aide

⁶⁸ Les questions de santé mentale, de toxicomanie et de l'ETCAF ont été abordées dans d'autres parties du présent rapport.

auprès du système de santé mentale, d'une école ou d'un office de protection de l'enfance. L'aide n'était souvent pas disponible en raison de l'absence de services ou de l'incapacité des services d'évaluer adéquatement l'ampleur du besoin et les causes sous-jacentes de certains problèmes signalés par l'enfant. On sait que les adolescents hésitent souvent à révéler toute l'ampleur de leurs difficultés tant qu'ils ne se sentent pas en sécurité ou écoutés.

L'équipe croit que des ressources plus spécialisées que celles qui existent actuellement doivent être offertes aux adolescents qui reçoivent des services du système de protection de l'enfance. Les besoins en matière de services des adolescents sont très particuliers. Le personnel doit évaluer les besoins dans cette perspective et connaître les services qui existent pour les satisfaire.

Recommandation n° 35

Lorsque les besoins le justifient, qu'un service pour les adolescents soit créé au sein des offices locaux de protection de l'enfance et que des offices chargés de la réception des demandes soient mis sur pied pour s'occuper des évaluations et des services destinés aux adolescents.

Recommandation n° 36

Que les Services de protection des enfants fassent une étude des besoins des adolescents en matière de services, en portant une attention particulière aux pratiques qui tiennent compte des besoins uniques des adolescents, et présentent un rapport sur leur étude au ministère des Services à la famille et du Logement au plus tard en décembre 2007.

8.3 La fin de la prise en charge à l'âge de la majorité

Chaque année, des centaines de jeunes s'émancipent de leur prise en charge par un office de protection de l'enfance du Manitoba. Dans bien des cas, ces jeunes ont passé une bonne partie de leur vie dans divers foyers nourriciers, foyers de groupe ou établissements de soins. Beaucoup de ces jeunes ne sont pas préparés à assumer une grande partie des rôles et des responsabilités qui découlent de la vie d'un adulte autonome. Des recherches menées aux États-Unis ont montré que parmi les jeunes dont la prise en charge avait pris fin, moins de la moitié avaient un emploi, 44 % n'avaient pas fini leurs études secondaires et 25 % avaient vécu une forme d'itinérance dans l'année suivant la fin de leur prise en charge⁶⁹.

L'équipe a remarqué un nombre élevé de suicides chez les jeunes de 17 ans. Ce nombre suggère que les jeunes continuent de vivre de nombreuses difficultés liées à l'adolescence et ne sont pas prêts à s'émanciper des soins d'un office ni à vivre de façon autonome. L'équipe s'est aussi inquiétée du fait que le haut taux de suicide chez les jeunes de 17 ans puisse indiquer que les jeunes vivent un stress supplémentaire lorsqu'ils commencent à comprendre pleinement le peu d'aide qu'ils recevront dès l'âge de 18 ans.

⁶⁹ M. Choca, J. Minoff, L. Angene, M. Byrnes, L. Kenneally, D. Norris, D. Pearn et M. Rivers, « Can't do it alone: Housing collaborations to improve foster youth outcomes », *Child Welfare*, vol. 83, n° 5 (2004), p. 469-492.

Un des groupes les plus vulnérables à cet égard est sans doute celui des jeunes atteints de l'ETCAF ou de troubles de santé mentale. Ces jeunes ont des déficiences permanentes qui leur causent des difficultés constantes et qui sont susceptibles de réduire leur capacité à vivre de façon autonome dans la collectivité. Cependant, dans bien des cas, les déficiences des jeunes ne sont pas assez graves pour leur permettre de bénéficier des programmes d'aide à la vie autonome du Manitoba, ni pour recevoir de l'aide du Programme pour les besoins spéciaux dans la province. Les jeunes admissibles trouvent souvent que leurs besoins en matière de services et de programmes ne sont pas compatibles avec ceux de personnes plus gravement handicapées qu'eux. Par conséquent, ils ne sont habituellement pas intéressés par les programmes d'emploi assisté ou de vie en groupe.

Une étude marquante menée par Anne Streissguth sur une période de 22 ans montre qu'à l'âge de 21 ans, 80 % des jeunes atteints de l'ETCAF ne sont pas en mesure de vivre et de travailler de façon autonome dans la collectivité, que 60 % des jeunes ont abandonné leurs études et qu'ils ont des troubles de santé mentale permanents dans un pourcentage atteignant 90 %. En fait, dans son échantillon, seulement 7 adultes sur 90 réussissaient à vivre et à travailler de façon autonome, sans aide spéciale. Voici une des recommandations de la chercheuse :

Élaborer des modifications des critères d'admission à la division des troubles du développement et les mettre à l'essai. L'élargissement de l'admissibilité aux services de gestion de cas, d'accompagnement au travail et de logement supervisé devrait faire baisser le niveau de déficiences secondaires coûteuses chez les personnes atteintes de SAF/EAF qui ne peuvent vivre ni travailler de façon autonome, mais qui ne peuvent pas non plus obtenir les services dont elles ont besoin dès qu'elles ont un QI de plus de 70 ou qu'elles n'ont pas reçu un diagnostic de SAF complet⁷⁰. (p. 38)

La situation des enfants atteints de l'ETCAF, souvent considérés comme étant peut-être les enfants les plus vulnérables du système de protection de l'enfance, est caractérisée par une incohérence manifeste. La plupart de ces enfants reçoivent beaucoup de services pendant qu'ils sont confiés aux soins d'un office de protection de l'enfance, mais ces services cessent d'être offerts lorsqu'ils deviennent majeurs. On s'attend souvent des enfants atteints de l'ETCAF qu'ils prennent soin d'eux-mêmes en mettant à leur disposition très peu de ressources communautaires. Par conséquent, beaucoup d'entre eux deviennent itinérants ou ont des démêlés avec le système de justice criminelle. Selon certains chiffres, jusqu'à un tiers des personnes incarcérées au Manitoba ont été exposées à l'alcool ou à d'autres drogues avant la naissance.

Dans les lois sur la protection de l'enfance, on trouve une disposition qui permet de continuer d'offrir des services aux enfants pris en charge jusqu'à leur 21^e anniversaire. Cette disposition avait été prévue pour donner aux jeunes vulnérables plus de temps pour se préparer à assumer leurs rôles et leurs responsabilités d'adultes. Dans la pratique, toutefois, la prolongation de soins est généralement accordée aux jeunes qui sont des candidats à un programme d'aide à la vie autonome ou qui poursuivent des études. Cette pratique, dans les faits, exclut la plupart des

⁷⁰ A. Streissguth, H. Barr, J. Kogan et F. Bookstein, « Primary and secondary disabilities in Fetal Alcohol Syndrome » dans *The Challenge of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming Secondary Disabilities*, sous la direction de A. Streissguth et J. Kanter, Washington, University of Washington Press, 1997.

jeunes atteints de l'ETCAF, car ils ne sont généralement plus aux études et ne sont pas admissibles aux programmes d'aide à la vie autonome.

Des études montrent aujourd'hui que les enfants atteints de l'ETCAF sont nombreux à prendre de la maturité plus lentement que la normale et sont parmi les personnes les plus vulnérables de notre société. Par conséquent, il semble raisonnable de prolonger leurs soins et de leur offrir des programmes de soutien lorsqu'ils quittent le système de protection de l'enfance.

L'équipe a également constaté avec inquiétude des cas où les enfants avaient reçu un haut niveau de financement et de soutien lorsqu'ils étaient confiés aux soins d'un office. Dans la plupart des cas, les mêmes services et niveaux de financement ne leur auraient pas été offerts lorsqu'ils auraient atteint l'âge de la majorité. Les décès de ces enfants montrent la vulnérabilité des jeunes manitobains qui ont des besoins élevés, et cette vulnérabilité est une source d'inquiétude étant donné l'existence de situations semblables.

En approfondissant le sujet, l'équipe a examiné l'offre d'aide aux jeunes atteints de l'ETCAF dont le placement se termine à la majorité. L'équipe a été surprise de constater que le seul organisme qui offre des services aux jeunes adultes atteints de l'ETCAF est FASD Life's Journey, situé au 222, rue Osborne. Cet organisme offre de l'aide sur le plan financier et de l'aide pour la recherche d'un logement et d'un emploi, il offre une banque d'aliments et de vêtements et défend les jeunes adultes atteints de l'ETCAF s'ils ont des problèmes. Toutefois, l'équipe a été déçue d'apprendre qu'en raison de restrictions budgétaires, l'organisme n'est en mesure d'offrir un soutien continu qu'aux jeunes qui reçoivent de l'aide financière dans le cadre du programme Vie en société du Manitoba, du Programme pour les besoins spéciaux dans la province ou du Programme de santé mentale communautaire du Manitoba.

L'équipe croit que des services comme ceux qu'offre FASD Life's Journey Inc. devraient être offerts aux jeunes adultes atteints de l'ETCAF pour les défendre et leur fournir du soutien. Les services offerts pourraient comprendre un service sans rendez-vous de défense des droits et de soutien, des services d'orientation vers d'autres organismes d'aide et des services d'aide à la gestion de situations qui ont des effets négatifs sur la capacité des personnes de vivre de façon autonome dans la collectivité. Ces services permettraient non seulement d'aider ces jeunes adultes vulnérables, mais ils pourraient aussi empêcher qu'ils fassent des choix négatifs qui ont des répercussions à long terme sur leur vie.

Recommandation n° 37

Que le ministère des Services à la famille et du Logement élabore un document-cadre sur les besoins et l'aide offerte aux jeunes qui cessent d'être pris en charge par le système de protection de l'enfance, de sorte qu'un système de soutien continu soit en place à la fin de leur prise en charge.

Recommandation n° 38

Que le ministère des Services à la famille et du Logement élabore un document-cadre sur les besoins et l'aide offerte aux jeunes atteints de l'ETCAF qui cessent d'être pris en charge par le système de protection de l'enfance.

Recommandation n° 39

Que les Services de protection des enfants revoient leurs politiques de prolongation des soins des jeunes atteints de l'ETCAF, de THADA, de troubles d'apprentissage ou de troubles de santé mentale qui ne sont pas admissibles aux services externes existants, pour que ceux et celles qui n'arrivent pas à vivre de façon autonome reçoivent le soutien dont ils ont besoin de l'âge de 18 ans jusqu'à l'âge de 25 ans.

Recommandation n° 40

Que le ministère des Services à la famille et du Logement fournisse un financement de base au programme FASD Life's Journey à Winnipeg et mette sur pied un programme semblable à Brandon et à Thompson, afin d'offrir des services de défense des droits et des services de soutien aux jeunes adultes atteints de l'ETCAF qui cessent d'être pris en charge par le système de protection de l'enfance.

8.4 Les mesures de sécurité en cas de disparition d'enfants et d'adolescents

Le rapport *Stolen Sisters*⁷¹ signale que la vulnérabilité est de plus en plus grande chez les femmes autochtones du Canada. Ce rapport indique que les femmes autochtones risquent davantage d'être portées disparues et de décéder d'actes de violence que les femmes non autochtones. Le rapport fait également état de la difficulté des membres des familles à signaler une disparition et de leur sentiment que le système de justice criminel risque d'intervenir moins rapidement lorsqu'un jeune autochtone est porté disparu que lorsqu'une personne non autochtone disparaît. C'est particulièrement le cas des adolescentes prises en charge. Lorsqu'elles disparaissent, on considère souvent qu'elles se sont « absentes sans permission⁷² » plutôt que de considérer qu'elles se trouvent possiblement dans une situation dangereuse.

Les dossiers examinés à cet égard indiquaient que des enfants à risque élevé ont été la plupart du temps signalés comme absents sans permission de l'endroit où ils étaient placés par un office. Dans certains cas, des photographies récentes ou des renseignements identificatoires auraient peut-être aidé la police à retrouver l'adolescent. Toutefois, dans bien ces cas, il est souvent difficile de trouver une photographie récente de l'enfant, surtout si les dossiers sont conservés en lieu sûr loin de l'office qui signale la disparition ou si l'office désigné pour les services en dehors des heures de bureau n'est pas celui qui s'occupe de l'enfant.

⁷¹ Amnesty internationale. *On a volé la vie de nos soeurs — Discrimination et violence contre les femmes autochtones*, 2000. Rapport téléchargé le jeudi 24 août 2006 sur Internet : <www.amnesty.ca>.

⁷² L'expression absent sans permission (en anglais *Absent Without Leave* ou *AWOL*) est généralement utilisée pour parler d'un enfant placé qui disparaît de son foyer nourricier, de son foyer de groupe ou d'un établissement.

La plupart des experts dans le domaine soutiennent que plus vite l'information est diffusée à la police et aux médias, plus grandes sont les chances de retrouver l'enfant. Des renseignements statistiques, comme la taille, le poids et les vêtements portés, ainsi qu'une photographie récente de l'enfant, sont des informations utiles à la police locale qui recherche l'enfant. Si le matériel existe en format électronique, il peut également être envoyé à d'autres postes de police et à des organismes d'autres provinces.

En parlant avec des représentants du Service de police de Winnipeg, l'équipe a appris la mise sur pied par les Services de soutien à l'enfant et à la famille d'un projet d'identification des mineurs. L'unité de protection des enfants et des personnes disparues du Service de police de Winnipeg et les responsables du SISEF seront des partenaires du projet, qui vise à fournir des signalements instantanés dans des situations où l'on a des raisons de croire qu'un danger imminent menace un enfant. Le projet pourrait aussi aider à trouver des enfants victimes d'exploitation sur Internet et à intervenir pour les protéger, et à des enfants qui se trouvent dans d'autres situations dangereuses. L'équipe a appuyé l'initiative et a trouvé que c'était un projet très intéressant, qui pourrait accroître la sécurité des enfants qui se trouvent dans des situations dangereuses.

Recommandation n° 41

Que les offices soutiennent et appuient le projet d'identification des mineurs du Manitoba, en s'assurant d'avoir des photographies numériques de tous les enfants pris en charge, pour qu'en cas d'urgence, les photographies d'un enfant puissent être distribuées rapidement aux services policiers et aux médias.

Recommandation n° 42

Que les offices mettent sur pied une collection de photographies numériques des enfants qui leur sont confiés, à utiliser en cas d'urgence.

8.5 La sensibilisation à la toxicomanie et les traitements

Pendant l'examen, l'équipe a remarqué qu'un grand nombre de jeunes étaient sous l'influence de substances intoxicantes au moment de leur décès. Bien des jeunes avaient déjà consommé des drogues et, dans au moins un des cas, la consommation de drogues était suffisamment chronique pour causer la mort.

L'augmentation de la consommation de drogues illicites chez les jeunes, particulièrement de crack, de mélanges de Talwin et de Ritalin et de méthamphétamine, préoccupe de nombreux travailleurs sociaux, de même que des parents, policiers, écoles et organismes communautaires. La consommation de drogues est souvent liée aux activités des gangs et à l'exploitation sexuelle, des activités qui multiplient les risques pour la sécurité des enfants.

L'équipe a rencontré des représentants de divers offices au sujet des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les adolescents. Tous les offices étaient préoccupés par le fait que les services actuels ne sont pas adaptés aux besoins spéciaux des adolescents qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues. Des membres de la collectivité ont soulevé la question des longues listes d'attente pour participer à un programme de traitement et les politiques actuelles qui interrompent le traitement après une rechute, même si la personne est prête à reprendre le traitement et à continuer. De plus, les agents d'application de la loi trouvaient inquiétant le fait qu'il n'y avait pas de services en place pour garder les jeunes pendant de courtes périodes, pour assurer leur sécurité lorsqu'ils sont en état d'ébriété ou lorsqu'ils en sont à l'étape de la désintoxication d'un traitement pour toxicomane ou alcoolique.

L'équipe a été heureuse d'apprendre que la *Loi sur la stabilisation des mineurs toxicomanes (aide aux parents)* a reçu la sanction royale le 13 juin 2006 et entrera en vigueur dès le 1^{er} novembre 2006. Cette loi permet à un tribunal provincial de délivrer une ordonnance pour qu'un mineur soit emmené à un établissement désigné pour une évaluation par un spécialiste en toxicomanie, dans le but de déterminer s'il est dans l'intérêt du mineur qu'il soit détenu et stabilisé. On estime que cette loi servira annuellement à environ 200 jeunes du Manitoba.

Bien que la loi soit une excellente initiative, l'équipe s'est demandé si, une fois que le mineur aura accepté de se faire traiter, le traitement tiendra compte de certains des besoins uniques des jeunes. En particulier, l'équipe s'est demandé ce qui en serait de la philosophie actuelle concernant la « disposition », qui considère que la consommation d'alcool ou de drogues pendant le traitement est un manque d'engagement envers le processus de traitement et constitue un motif immédiat de fin du traitement. On estime que cette façon de voir les choses ne reflète pas les besoins des jeunes alcooliques qui ont besoin d'un programme qui tolère les rechutes dans le processus de traitement, comme occasion d'apprentissage.

Recommandation n° 43

Que le personnel de la protection de l'enfance et les personnes qui fournissent des soins aux enfants placés reçoivent une formation qui les aidera à reconnaître les signes d'abus de drogues et d'alcool et à connaître les ressources d'aide qui sont à leur disposition.

Recommandation n° 44

Que les ministères de la Santé et de la Justice assurent le financement d'un nombre suffisant de places pour le traitement en établissement de jeunes toxicomanes dans les quatre semaines après qu'ils aient été dirigés vers ce type de traitement.

Recommandation n° 45

Que l'Addictions Foundation of Manitoba revoie ses politiques concernant les méthodes de traitement des jeunes toxicomanes en reconsidérant particulièrement les politiques sur la « disposition personnelle » au traitement.

8.6 La sensibilisation aux questions culturelles

La protection de l'enfance est un domaine qui soulève quelques-unes des questions éthiques des plus difficiles pour les travailleurs sociaux. D'une part, le travail exige des agents qu'ils interviennent pour protéger les enfants. D'autre part, on s'attend à ce que les agents offrent des services tout en respectant l'identité culturelle, les valeurs, l'autonomie et l'intégrité des enfants et des familles. De plus, les agents doivent connaître les principales questions ou considérations qui influencent la relation d'une famille avec les services de protection de l'enfance.

Il est apparu clairement lors de l'examen sur les décès d'enfants que les familles d'immigrants récemment installées au pays craignent parfois de contacter les offices de protection de l'enfance pour obtenir de l'aide, leur expérience antérieure les incitant à éviter de faire intervenir les autorités publiques dans les problèmes familiaux. Par conséquent, lorsque le système de protection de l'enfance a connaissance de la situation d'un enfant, la famille peut refuser tout type d'intervention. Dans un des dossiers, une intervention au moment opportun aurait peut-être permis d'éviter un homicide.

Malheureusement, comme Quinones-Mayo et Dempsey (2006) le suggèrent, les familles d'immigrants et de réfugiés ont souvent du mal à comprendre leurs enfants qui ont adopté la culture de leur nouveau milieu ou qui ont appris à intégrer la culture d'ici et d'ailleurs⁷³. Owen et English (2006) parlent d'un besoin « d'agents culturels » pour servir d'intermédiaires en cas de différends culturels et établir un climat de confiance entre les nouveaux arrivants et le personnel de la protection de l'enfance⁷⁴.

Un communiqué de presse du ministère du Travail et de l'Immigration du Manitoba, publié le 29 mai 2006, a annoncé que le Manitoba est en voie d'atteindre son objectif d'accueil dans la province de 10 000 nouveaux immigrants. Une partie des immigrants auront des difficultés à s'adapter à leur nouveau milieu et certains auront besoin d'une aide occasionnelle d'un office de protection de l'enfance. L'équipe a jugé qu'il était temps de concentrer des efforts sur le développement communautaire auprès d'une partie de ce groupe de personnes. Cela pourrait se faire par la mise sur pied d'une courte séance d'orientation sur le système de protection de l'enfance, qui serait offerte à divers organismes communautaires qui travaillent avec les nouveaux immigrants et réfugiés.

L'équipe a aussi remarqué qu'un perfectionnement sur les questions culturelles serait utile aux agents de la protection de l'enfance qui travaillent auprès de certains de ces groupes. L'équipe croit qu'au lieu d'être présentée aux agents de la protection de l'enfance dans un programme distinct, l'information devrait être intégrée au programme de formation axé sur les compétences, pour que tous les agents de la protection de l'enfance reçoivent une formation semblable dans le domaine.

⁷³ Y. Quinones-Mayo et P. Dempsey, « Finding the Bicultural Balance: Immigrant Latino Mothers Raising 'American' Adolescents », *Child Welfare*, vol. 84, n° 5 (2006), p. 649-667.

⁷⁴ C. Owen et M. English, « Working Together as Cultural Brokers by Building Trusting Alliances with Bilingual and Bicultural Newcomer Paraprofessionals », *Child Welfare*, vol. 84, n° 5 (2006), p. 669-688.

Recommandation n° 46

Que la formation axée sur les compétences comprenne un module sur les principes de tolérance et de lutte contre le racisme, qui soit présenté dans une perspective axée sur les forces. Étant donné le rôle des superviseurs dans le ton et les valeurs adoptés par leur équipe, un tel module devrait également faire partie de la formation des superviseurs.

Recommandation n° 47

Que les Services de protection des enfants travaillent de concert avec les organismes manitobains d'établissement et d'aide aux immigrants à la mise au point d'ateliers sur le rôle du système de protection de l'enfance au Manitoba et que ces ateliers soient offerts régulièrement aux groupes de réfugiés et d'immigrants.

Les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et transsexuels (GLBT)

Les jeunes pris en charge qui ont des problèmes de sexualité et d'orientation sexuelle peuvent susciter une certaine appréhension chez les agents de la protection de l'enfance. Les agents trouvent parfois qu'ils sont peu renseignés sur le sujet et peuvent avoir des préjugés sur les habitudes de vie des gais, lesbiennes, bisexuels et transsexuels (GLBT). De plus, certains agents refusent parfois de donner la liberté nécessaire aux jeunes GLBT en émergence pour des motifs religieux. Dans de telles situations, cela peut vouloir dire que les agents doivent sortir de leur zone de confort lorsqu'ils travaillent avec des familles ou des enfants et des jeunes GLBT⁷⁵.

Des recherches montrent que les jeunes gais risquent 13 fois plus de se suicider que leurs pairs hétérosexuels⁷⁶. Les risques sont plus élevés lorsque les jeunes n'ont pas de moyen d'exprimer leurs sentiments ou les considèrent comme étant anormaux. De plus, les jeunes ne reçoivent pas toujours d'information sur les pratiques sexuelles sécuritaires par une personne qui connaît les diverses activités d'autres jeunes et adultes GLBT. L'aide d'un adulte, qui puisse aider les jeunes à comprendre que l'homosexualité n'est pas une tendance perverse et qu'ils ne sont pas seuls, est essentielle pendant l'étape critique de l'adolescence.

Recommandation n° 48

Que les offices de protection de l'enfance mettent à la disposition de tous les adolescents intéressés de l'information sur les ressources pour les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et transsexuels.

⁷⁵ L'ouvrage de A. Bishop, *Becoming an Ally: Breaking the Cycle of Oppression*, Fernwood Publishing, Halifax, 1994, est un très bon ouvrage sur l'oppression.

⁷⁶ M. Lebson, « Suicide among homosexual youth », *Journal of Homosexuality*, vol. 42, n° 4 (2002), p. 107-117.

8.7 L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)

La Child Welfare League of America a indiqué que les enfants atteints de l'ETCAF comptent parmi les groupes qui augmentent le plus rapidement dans le système de protection de l'enfance. Aux États-Unis, l'augmentation de la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes a entraîné une hausse de 60 % du nombre d'enfants pris en charge depuis 1986, et l'on estime qu'environ 80 % des enfants exposés à l'alcool entrent dans le système de protection de l'enfance avant l'âge de 5 ans. Malheureusement, la plupart des enfants placés ne retournent jamais vivre avec leur famille d'origine et grandissent plutôt au sein du système de protection de l'enfance⁷⁷. Les problèmes sont aggravés par les multiples placements au sein du système et une augmentation des placements en établissement, au fur et à mesure que les besoins de l'enfant augmentent⁷⁸. Les frais d'entretien courants d'un enfant atteint de l'ETCAF dans le système de protection de l'enfance vont de 18 000 \$ par année pour un enfant placé dans une famille d'accueil à plus de 95 000 \$ par année lorsqu'un enfant est placé en milieu institutionnel.

Les enfants atteints de l'ETCAF sont en quelque sorte uniques dans le système de protection de l'enfance, étant donné que leurs besoins en matière de comportement et de développement sont souvent amplifiés par les problèmes de toxicomanie des parents et un risque élevé de mauvais traitements physiques et psychologiques tôt dans l'enfance. À cause de la situation, ces enfants sont parmi les plus vulnérables du système de protection de l'enfance et les plus susceptibles de mettre leur vie en danger. Des recherches montrent que les taux de mortalité des enfants exposés à l'alcool peuvent être jusqu'à trois fois supérieurs aux taux établis pour les enfants sans handicap⁷⁹.

L'équipe a remarqué le nombre élevé d'enfants pour lesquels l'ETCAF était considéré comme un facteur ayant contribué au décès. Environ le tiers des rapports du médecin légiste en chef examinés nommaient l'ETCAF ou la présence soupçonnée de l'ETCAF, comme un des facteurs ayant contribué au décès. C'était le cas tant dans des dossiers d'enfants décédés peu après leur naissance de complications liées à l'exposition à l'alcool avant la naissance que dans ceux de jeunes qui avaient mis leur vie en danger par impulsivité ou manque de jugement.

⁷⁷ Pour de plus amples renseignements sur ce thème, voir D. Besharov, *When Drug Addicts Have Children: Rethinking Child Welfare's Response*, Washington, Child Welfare League of America, 1994.

⁷⁸ Pour plus de détails sur cette question, voir le document de K. Jones, « Successfully raising resilient foster children that have Fetal Alcohol Syndrome: What Works? », *Envision: The Manitoba Journal of Child Welfare*, vol. 3, n° 1 (2003).

⁷⁹ C. Torrence et K. Horns, « Appraisal and caregiving for the drug addicted infant », *Neonatal Network*, vol. 8, n° 3 (1989), p. 49-59.

Selon des méthodes éprouvées dans le domaine de l'ETCAF, les enfants ont des résultats optimaux lorsque leur handicap est diagnostiqué avant l'âge de cinq ans et grandissent dans un foyer sûr et non violent⁸⁰. Des études montrent aussi que leurs résultats sont optimaux lorsqu'ils vivent dans un foyer stable et vivent le moins de changements possible. Cela exigerait aussi une réduction du nombre de placements⁸¹.

Le juge Gregoire a exprimé la même chose dans le rapport d'enquête sur le dossier Beaulieu, en disant qu'il fallait aider davantage les enfants exposés à l'alcool avant la naissance. L'aide dont il parlait comprenait notamment l'établissement rapide d'un diagnostic et des services de soutien précoces à l'intention des enfants exposés à l'alcool avant la naissance.

Dans son rapport d'enquête, le juge Grégoire a parlé du témoignage du D^r A. Chudley, un éminent spécialiste manitobain en ETCAF :

Une des questions soulevées lors de l'examen du D^r Chudley était l'importance du diagnostic. Le D^r Chudley croit fermement qu'il y a souvent un changement dans l'attitude des fournisseurs de soins envers l'enfant lorsqu'ils se rendent compte que l'enfant souffre de lésions cérébrales. Le diagnostic indique aussi aux médecins de vérifier la présence d'autres troubles, comme la perte d'audition, un trouble que présente environ 20 % des enfants exposés à l'alcool *in utero*. (p. 75)

En explorant les questions du diagnostic des enfants et des jeunes, l'équipe a constaté que la clinique de diagnostic du SAF du Centre des sciences de la santé fournit des services de diagnostic aux enfants de moins de 12 ans et, qu'en raison de problèmes de financement, la clinique n'offre pas ces services aux enfants de 12 ans et plus. Cette situation est regrettable. Au moins trois des jeunes dans le groupe des dossiers de suicide, d'homicide et de mort accidentelle ont été placés tard dans leur enfance et n'avaient pas été diagnostiqués. Si leurs familles ou l'office responsable avaient mieux compris le handicap de ces jeunes, ceux-ci auraient peut-être fait l'objet de plus de compréhension et d'aide dans la gestion de leurs besoins. On leur aurait peut-être offert un meilleur encadrement, plus de possibilités d'activités récréatives saines et davantage de soutien à la maison et à l'école.

L'équipe a également estimé qu'il faudrait porter plus d'attention à la planification et à la prestation des programmes destinés aux enfants et aux jeunes soupçonnés d'être atteints de l'ETCAF. Deux offices de protection de l'enfance ont élaboré des programmes spécialisés pour les enfants atteints d'ETCAF. Entre autres, un spécialiste de l'ETCAF fait partie de l'équipe de traitement. Ce spécialiste aide les familles et les agents de la protection de l'enfance à élaborer des plans adaptés aux enfants atteints d'ETCAF. Il offre des consultations sur les pratiques exemplaires dans le domaine de l'ETCAF pour aider les enfants pris en charge ou susceptibles d'être pris en charge, il assure la liaison avec les écoles, il dirige les enfants vers des organismes externes et donne des rendez-vous à la clinique de diagnostic.

⁸⁰ A. Streissguth et J. Kanter, *The Challenge of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming Secondary Disabilities*, Seattle, University of Washington Press, 1994.

⁸¹ K. Jones, « Successfully raising resilient foster children that have Fetal Alcohol Syndrome: What Works? », 2004, Envisionjournal.com

Le coût du programme, soit environ 80 000 \$ par office⁸², équivaut à la différence entre le placement d'un enfant dans une famille d'accueil plutôt que dans un établissement. Un spécialiste de l'ETCAF par office aiderait à réduire les frais d'entretien associés à la prise en charge des enfants atteints de l'ETCAF et aiderait les enfants à avoir de meilleurs résultats à long terme.

Recommandation n° 49

Que le ministère des Services à la famille et du Logement accorde les fonds nécessaires pour que chacun des offices de protection de l'enfance engage un spécialiste de l'ETCAF. Ces spécialistes aideront à accroître les possibilités de diagnostic chez les enfants soupçonnés d'être atteints de l'ETCAF, et collaboreront avec les agents de première ligne, les parents nourriciers et les fournisseurs de soins afin d'élaborer des plans de soins adaptés aux enfants exposés à l'alcool ou à des substances intoxicantes avant la naissance.

Recommandation n° 50

Qu'une formation approfondie sur la problématique de l'ETCAF dans le système de protection de l'enfance soit donnée dans tous les offices de protection de l'enfance.

Recommandation n° 51

Que la clinique de diagnostic du SAF du Centre des sciences de la santé reçoive des fonds pour diagnostiquer les jeunes de 10 à 18 ans soupçonnés d'avoir été exposés à l'alcool ou à des drogues avant la naissance et leur offrir des services de consultation.

⁸² Ce chiffre reflète le coût moyen d'un ETP dans le système de protection de l'enfance.

9.0 Les failles du système

Parmi les questions qui ont mené au présent examen et à d'autres examens entrepris à l'été 2006, on se demandait si les modifications apportées au système de protection de l'enfance au cours des trois dernières années avaient causé des défaillances dans le système qui avaient fait courir des risques aux enfants.

Bien que l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants ait déterminé que la transition dans la protection de l'enfance n'a pas causé directement d'augmentation du risque pour les enfants, elle a noté que les modifications ont causé de nouvelles difficultés dans l'ensemble du système. La prise de mesures en ce sens aiderait à améliorer la communication entre les offices, à améliorer la prestation de services et, globalement, à améliorer le système d'aide aux enfants et aux familles.

9.1 La communication entre les offices

Les changements dans le domaine de la protection de l'enfance au cours des dernières années ont rendu nécessaire l'établissement d'un système de communication simple et efficace entre les offices, pour qu'ils puissent signaler les situations qui demandent une attention immédiate. Lorsqu'un office ne sait pas comment communiquer efficacement avec l'office auquel il transmet un dossier et ne comprend pas tout à fait la philosophie de cet office ni son fonctionnement interne, il risque de ne pas y avoir une bonne communication et la sécurité des enfants et des familles peut être compromise.

Dans certains cas, l'absence de protocoles clairs sur le transfert de dossiers d'un office à un autre a créé des problèmes. En général, les problèmes étaient liés aux transferts effectués après les premiers transferts ayant découlé de la Commission d'enquête sur l'administration de la justice et les Autochtones. De plus, il y avait de grandes différences dans les protocoles d'échange de renseignements entre les offices. Parmi les problèmes, l'équipe a relevé notamment une mauvaise communication de renseignements sur les familles à risque élevé lors d'un changement de l'organisme responsable, un manque d'uniformité dans la transmission aux offices de signalements de naissances et des absences sans permission, et des problèmes dans le processus de transmission de l'historique complet d'une famille pendant la préparation du transfert de dossiers d'un office à un autre. Ces problèmes existaient avant les transferts des dossiers dans le cadre de la Commission d'enquête sur l'administration de la justice et les Autochtones — Initiative de protection de l'enfance. Ils existent toujours et sont susceptibles d'avoir des conséquences graves.

L'équipe a cerné deux principales questions, soit a) l'importance d'un bon transfert des dossiers d'un office à un autre et b) l'utilisation des signalements et du Système d'information des Services à l'enfant et à la famille (SISEF) pour obtenir des renseignements sur un enfant ou une famille.

Le transfert des dossiers

Le *Guide de normalisation des services à l'enfant et à la famille* établit des règles pour assurer un bon transfert d'un enfant d'un office (ou d'une administration) à un autre. L'extrait suivant est tiré de la section 1.1.6 de ce guide :

2. Transfert à un autre office — Lorsque le transfert du cas se fait entre deux offices du Manitoba, le superviseur doit veiller à ce que :

- avant tout transfert, l'office qui deviendra responsable du cas fournisse une entente ou une confirmation écrite de son acceptation de la responsabilité du cas et la date où sa responsabilité prendra effet;
- le dossier du cas soit transmis au nouvel office responsable à temps pour la date prévue du transfert, ainsi que tous les renseignements les plus récents concernant le cas, y compris :
 - les renseignements sur les personnes concernées par le cas;
 - les renseignements sur l'étude et la planification;
 - les documents sur les services à la famille;
 - les documents légaux;
 - les renseignements sur le suivi et l'examen (évaluation);
- lors du transfert de la surveillance d'un enfant confié aux soins d'un office, l'office qui sera chargé du cas reçoive un rapport complet du transfert, dont le plan du cas et la description actuelle des services.

L'équipe a noté qu'en général le personnel des offices n'avait pas reçu suffisamment d'information sur certains des nouveaux protocoles associés aux nouveaux offices et aux nouveaux mandats. Il continue d'y avoir des difficultés d'ajustement par rapport à la façon de travailler dans le système, qui est nouveau et très complexe. Le personnel a dit avoir souvent du mal à démêler les questions de compétence, l'emplacement et le mandat des nouveaux offices et la personne-ressource à contacter pour orienter des clients vers des services.

Le personnel des offices auxquels des cas ont été transférés a également signalé qu'il manquait souvent des renseignements importants dans les dossiers reçus, comme des évaluations, des rapports antérieurs et des coordonnées des personnes concernées. Lorsque cela se produit, le personnel doit chercher l'information manquante dans les dossiers de transfert, un processus qui prend beaucoup de temps et qui peut conduire à de mauvaises évaluations du risque, en raison d'un manque d'information.

Enfin, l'équipe a remarqué que l'application par le personnel⁸³ des normes de transfert n'est pas toujours constante, dans le meilleur des cas, et reflète de façon globale un manque de connaissance et de compréhension du nouveau système. L'équipe attribue la situation à un manque de formation du personnel sur le transfert des cas et sur le nouveau système en général.

Recommandation n° 52

Que de l'information ou de la formation soit donnée à tous les employés des offices sur l'emplacement, les compétences et les pratiques de tous les offices de protection de l'enfance du Manitoba. La formation pourrait aussi comprendre de l'information sur les protocoles des offices, les personnes à contacter et une révision des normes provinciales sur les transferts de cas.

Recommandation n° 53

Que les Services de protection des enfants et les quatre régions veillent au respect dans l'ensemble de la province de la section 1.1.6 du Guide de normalisation des services à l'enfant et à la famille sur les transferts de cas.

Recommandation n° 54

Que l'unité commune d'admission (Joint Intake and Response Unit ou JIRU) donne une série de séances d'information sur ses services aux offices qui fournissent des services à Winnipeg.

La transmission de signalements aux offices

Le deuxième sujet de préoccupation en ce qui concerne la communication entre les offices est la question de la transmission de signalements aux offices lorsqu'une famille connue d'un système de protection de l'enfance déménage à un endroit qui relève d'un autre système. Par signalement, on entend ici le signalement d'une naissance, le signalement aux offices et aux hôpitaux de l'accouchement prochain d'une mère à haut risque, et les signalements généraux pour avertir d'autres offices d'absences sans permission, de problèmes nouveaux ou en suspens en matière de protection de l'enfance ou de situations familiales potentiellement instables. Ces signalements sont transmis par écrit aux offices qui deviennent responsables d'un cas ou par l'entrée de renseignements dans le Système d'information des services à l'enfant et à la famille (SISEF) de la province.

Lorsque des offices ont transmis un signalement à des offices destinataires, ils ont bel et bien signifié leurs inquiétudes en matière de protection de l'enfance, mais n'ont pas toujours fait de suivi. L'équipe a également noté que la transmission d'un avis écrit n'a pas toujours été suivie d'un appel téléphonique à l'office destinataire pour vérifier si les documents envoyés avaient bien été reçus.

⁸³ Les problèmes liés au manque de respect des normes sont également soulignés à divers endroits dans le présent rapport et reflètent un manque global de connaissance du *Guide de normalisation des services à l'enfant et à la famille*. Le thème du respect des normes est approfondi plus loin dans le présent rapport.

Les agents ont également indiqué à l'équipe que l'information qui se trouvait dans le SISEF était limitée et parfois inexacte, ce qui compliquait la collecte de données des offices destinataires lorsque surgit un problème de protection de l'enfance qui relève de leur compétence. Enfin, on a fait remarquer que ce ne sont pas tous les offices du Manitoba qui ont accès au SISEF et qui l'utilisent, ce qui fait en sorte qu'il manque des données sur les familles à risque élevé.

Lors de son examen, l'équipe a fait l'expérience directe de certains des problèmes causés par le manque d'uniformité dans la collecte de données du SISEF. Dans bien des cas, les données sur la situation familiale, y compris des rapports importants et les coordonnées des personnes-ressources des offices, n'étaient pas à jour ou étaient inexactes. Cela a causé une certaine frustration parmi l'équipe, qui a jugé que la tenue d'archives non uniformes et incomplètes pouvait avoir eu des conséquences très graves lorsque l'agent d'un office avait tenté d'obtenir au moment opportun des renseignements supplémentaires sur une situation instable. La difficulté de l'accès aux données pourrait, en fin de compte, mettre des enfants, des jeunes et des familles en danger, ce qui pourrait également mener à des blessures graves ou au décès d'un enfant.

Même s'il continue d'y avoir des procédures pour les signalements, les normes provinciales concernant leur utilisation⁸⁴ ne figurent pas dans la trousse sur les normes depuis janvier 2000. Un grand nombre de nouveaux employés, soit des nouveaux offices ou des offices en expansion, se sont intégrés au système. Il serait donc utile de mettre à jour la trousse sur les normes des programmes pour y inclure les procédures à ce sujet.

Recommandation n° 55

Que les Services de protection des enfants réintègrent les normes sur les signalements dans le guide des normes des programmes.

Recommandation n° 56

Que les Services de protection des enfants élaborent des procédures de sorte que les offices de protection de l'enfance soient tenus de procéder à une vérification complète des antécédents lorsque des familles qui ont besoin de services déménagent dans leur territoire ou changent de fournisseurs de services.

9.2 La communication avec les organismes tiers

Le développement du système de protection de l'enfance s'est traduit par une hausse correspondante de l'utilisation des ressources communautaires. Ces ressources peuvent aider les agents de la protection de l'enfance à établir des réseaux de soutien positifs pour les familles et les enfants au sein de leur collectivité. Dans son étude de la famille en milieu urbain, Fuchs a noté que les parents qui ont plus de liens avec leur milieu ont des relations plus saines que ceux

⁸⁴ Les normes sur les signalements se trouvent à la section 325.10 de la trousse des normes provinciales de 1994.

qui en ont moins et, dans l'ensemble, exercent mieux leur rôle parental que les parents moins intégrés⁸⁵.

Pour qu'un service de protection de l'enfance dans la collectivité soit efficace, il doit également pouvoir compter sur l'information concernant la sécurité des enfants qu'il reçoit des organismes externes, des services à l'enfance et des écoles. Un signalement rapide et efficace protège non seulement les enfants d'une situation de risque permanent, mais aide aussi les organismes à intervenir auprès des familles dès que possible pour qu'elles reçoivent le soutien nécessaire, que les enfants reçoivent l'attention et le soin dont ils ont besoin et que les parents reprennent leur rôle de tuteurs de leurs enfants.

Lors de l'enquête sur le dossier Schmidt, on a étudié la question de la communication entre les ressources secondaires et l'efficacité du signalement aux autorités lorsque la sécurité d'un enfant est menacée. Le rapport d'enquête contenait huit recommandations, dont cinq portaient directement sur les normes de communication entre les organismes externes et le système de protection de l'enfance. Cependant, cette enquête a fait ressortir que malgré la publicité entourant le besoin d'améliorer ce point, les difficultés persistent dans la relation entre les organismes communautaires et le système de protection de l'enfance.

L'utilisation des ressources secondaires

Les ressources secondaires sont les ressources d'aide à l'enfant et à la famille offertes dans la collectivité, mais qui ne relèvent pas du système de protection de l'enfance. Elles visent à appuyer les services aux enfants et aux familles à risque élevé. Les services considérés comme des ressources secondaires comprennent les groupes de traitement spécialisés, les foyers nourriciers, les programmes d'aide aux parents, les ressources thérapeutiques, les garderies, les refuges et les services de santé pour les mères et les enfants. Idéalement, ces organismes doivent former une équipe ou un réseau, où chacun fournit sa part de services et travaille de concert avec les autres, de façon à bâtir un réseau d'aide solide pour les enfants et les familles. Selon un concept implicite, ces services ne remplacent pas et ne devraient pas remplacer les services prescrits par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.

Bien qu'en théorie, le rôle des ressources secondaires semble clair, dans les faits, certains organismes ont du mal à cerner leur rôle dans le système et, en particulier, auprès des familles qui font appel à eux. L'efficacité du travail d'équipe à l'intérieur du réseau d'aide diminue lorsque le rôle de chaque organisme communautaire dans la prestation de services aux enfants et aux familles n'est pas bien défini. Le problème se complique encore davantage lorsque le mandat de chacun des membres d'une équipe de soins n'est pas clair, lorsque les intervenants des organismes omettent de communiquer à l'agent de la protection de l'enfance des renseignements sur les problèmes du client et lorsque les agents de la protection de l'enfance responsables n'assurent pas une présence visible dans l'équipe de soins. Cela devient particulièrement

⁸⁵ D. Fuchs, « Preserving and strengthening families and protecting children: Social network intervention, A balanced approach to the prevention of child maltreatment », dans *Child Welfare in Canada: Research and Policy Implications*, sous la direction de Joe Hudson et de Burt Galaway, Toronto, Thompson Educational Press, 1995, p. 113-122.

préoccupant lorsque la sécurité d'un enfant est menacée par une mauvaise communication entre les différentes personnes-ressources.

La question du rôle du personnel des organismes secondaires a été un thème central de l'enquête sur le dossier Schmidt (2003). La cinquième recommandation du juge Conner était la suivante :

Que le ministre voit immédiatement à ce qu'il y ait un contrat de service ou une confirmation écrite dans toute situation où un office autorisé s'attend à ce qu'un organisme tiers ou un fournisseur de services communique des renseignements ou fournisse des services. Que le contrat de service ou la confirmation écrite contienne les exigences et les attentes de l'office autorisé en matière d'information et l'engagement de l'organisme tiers ou du fournisseur de services de fournir l'information exigée. En cas de prestation d'un service, le contrat de service ou la confirmation écrite doit contenir une description du service à fournir. L'office autorisé devrait avoir à préciser toutes les conditions de base dans le contrat de service ou la confirmation écrite.

L'équipe d'examen a constaté qu'en dépit des recommandations contenues dans le rapport d'enquête sur le dossier Schmidt, la communication entre les organismes demeure problématique. L'examen a permis d'établir que les organismes secondaires de ressources pour les enfants et les familles ne fournissaient pas aux offices autorisés avec rigueur et de façon continue l'information sur l'évolution de la situation de la famille et, dans certains cas, ne communiquaient pas le refus de services de la part de l'enfant ou de la famille à l'agent de la protection de l'enfance. Le manque d'information a créé un risque clair pour l'agent de la protection de l'enfance dont le plan de soins se fondait sur le fait que la famille participait à des programmes d'aide et faisait des progrès. Dans d'autres cas, les organismes tiers ont fourni des services allant au-delà de leur mandat et contrevenant manifestement à la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.

Il faut également souligner que les problèmes de définition claire du rôle des membres d'une équipe ne sont pas seulement la responsabilité des organismes tiers. L'équipe a relevé des cas où l'agent de protection de l'enfance de l'office autorisé ne respectait pas son obligation législative de rencontrer un enfant placé une fois par mois parce qu'il tenait pour acquis que l'organisme de services secondaires supervisait le foyer nourricier. Encore une fois, il convient de rappeler que les visites mensuelles de l'agent de protection de l'enfance désigné sont prescrites par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.

En général, malgré les recommandations concernant la clarification du rôle de chacun des membres d'une équipe contenues dans le rapport d'enquête sur le dossier Schmidt, il continue d'y avoir de la confusion lorsque des ressources secondaires sont utilisées.

Recommandation n° 57

Que les Services de protection des enfants réitèrent auprès des directeurs des offices l'importance de suivre les normes des offices concernant les visites des foyers, le maintien d'une communication continue avec les organismes tiers et la tenue de réunions régulières sur les services lorsque des ressources secondaires interviennent auprès d'une famille ou d'un enfant dans le cadre d'un plan de soins.

L'obligation de communiquer les renseignements

Le paragraphe 18(1), partie III, de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* prévoit le devoir de toute personne de communiquer les renseignements qui la portent à croire qu'un enfant a besoin de protection. Le paragraphe 18(1) stipule ceci :

Sous réserve du paragraphe (1.1), la personne qui possède des renseignements qui la portent raisonnablement à croire qu'un enfant peut ou pourrait avoir besoin de protection conformément à l'article 17 communique sans délai ces renseignements à un office ou aux parents ou au tuteur de l'enfant.

La formation sur la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, spécialement sur l'obligation de toute personne de communiquer les renseignements, est offerte dans la plupart des écoles professionnelles, ainsi que dans les manuels des offices et d'autres documents techniques. Malgré cela, une certaine confusion demeure en ce qui a trait au moment et à la façon de signaler les cas présumés de mauvais traitements. Il arrive que les personnes hésitent parce qu'elles préfèrent ne pas se mêler de la situation. Ou encore, les professionnels croient que le signalement de mauvais traitements présumés risque de nuire à leur relation avec l'enfant ou les parents. D'autres personnes ont dit qu'en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)*, elles étaient tenues de ne pas divulguer d'information sur leurs clients ni sur les enfants de ceux-ci.

La *Loi sur les services à l'enfant et à la famille (LSEF)* prévoit la possibilité de communiquer des renseignements sans compromettre la confidentialité en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)*. L'article 86.1 de la *LSEF* est le suivant :

Incompatibilité

86.1 Les dispositions de la présente loi l'emportent sur les dispositions incompatibles de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

Dans l'étude des dossiers visés par le présent examen, l'équipe a relevé au moins quatre cas où le personnel d'organismes communautaires n'a pas signalé rapidement des situations où un enfant était en danger parce qu'il ne comprenait pas bien ses obligations et son devoir de signaler les mauvais traitements présumés. Dans deux autres cas, des professionnels de la santé ont omis de signaler la situation de patients en danger parce qu'ils croyaient qu'en vertu de la *LAIPVP* ils ne pouvaient divulguer de renseignements sur l'enfant sans la permission des parents.

Le fait de ne pas signaler une situation où un enfant est en danger fait en sorte que l'enfant risque de continuer de subir de mauvais traitements et de subir des blessures graves ou de mourir. Par exemple, dans un des dossiers, le médecin d'un enfant a confié à l'agent d'un office qu'il s'était inquiété de la situation de l'enfant après l'avoir vu à son cabinet. Cette information a été communiquée après le décès de l'enfant. Si le médecin avait transmis l'information au

responsable du cas au moment opportun, des services d'urgence auraient pu être mis en place et auraient peut-être prévenu le décès de l'enfant.

Il est regrettable qu'autant de professionnels ne soient pas au courant du fait qu'en cas de mauvais traitements présumés, les dispositions de la *LSEF* l'emportent sur celles de la *LAIPVP*.

L'alinéa 4(2)b.1) de la *LSEF* stipule ce qui suit :

[Afin d'appliquer les dispositions de la présente loi, le Directeur des services à l'enfant et à la famille peut] : b.1) exiger d'une personne qui, selon lui, est en mesure de le renseigner sur une question sur laquelle il enquête :

- (i) d'une part, qu'elle lui fournisse des renseignements,
- (ii) d'autre part, qu'elle lui produise et lui permette de reproduire des dossiers, des documents ou des choses qui, selon lui, ont trait à la question qui fait l'objet de l'enquête et qui peuvent se trouver en la possession ou sous la responsabilité de cette personne [...].

En 1999, le gouvernement du Manitoba a publié des lignes directrices sur le signalement des cas d'enfants ayant besoin de protection pour informer les professionnels et la population des obligations dans ce domaine. Les lignes directrices ont été revues et une nouvelle version a été publiée en 2001. L'extrait suivant est tiré du préambule de la version revue :

Les présentes lignes directrices sont présentées par les ministres des Services à la famille et du Logement; de la Justice; de l'Éducation, de la Formation professionnelle et de la Jeunesse; et de la Santé. Ces ministres ont reconnu la nécessité d'adopter une démarche communautaire en équipe multidisciplinaire pour aborder le problème des enfants maltraités et des enfants ayant besoin de protection. Les lignes directrices expliquent les obligations fondamentales énoncées dans la *Loi* de signaler aux autorités les cas d'enfants ayant besoin de protection, et elles énoncent les étapes que doivent suivre les différentes disciplines engagées dans le processus d'enquête et de gestion des cas d'enfants maltraités ou ayant besoin de protection.

Ces lignes directrices ont été publiées il y a cinq ans. Depuis, le système de protection de l'enfance a connu des changements sans précédent, qui ont mené à la création de nouveaux offices, aux tâches et aux responsabilités nouvelles. Il serait opportun de mettre à jour les lignes directrices sur les protocoles de signalement des mauvais traitements et d'en publier la version actualisée. Il serait également opportun de rappeler aux professionnels que lorsqu'un enfant est en danger, la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* l'emporte sur la *LAIPVP*.

Recommandation n° 58

Que le gouvernement provincial émette une directive et que soit élaboré un module de formation sur l'obligation de communiquer les renseignements et sur les dispositions législatives en matière de protection de la vie privée dans les enquêtes visant la protection de l'enfance.

Recommandation n° 59

Que les lignes directrices pour signaler les cas d'enfants ayant besoin de protection soient distribuées tous les ans par les Services de protection des enfants à tous les professionnels concernés.

Recommandation n° 60

Que les Services de protection des enfants préparent un court exposé à présenter à tous les organismes communautaires dans le cadre d'une séance d'information sur la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et sur l'article 18 de la Loi sur les services à l'enfant et à la famille en ce qui a trait à l'obligation de signaler les cas d'enfants ayant besoin de protection.

9.3 Le respect des normes provinciales et la formation à cet égard

Les autorisations pour la prestation de services de protection de l'enfance au Manitoba sont régies par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. Quant aux normes relatives à la façon dont les services sont fournis, elles se trouvent dans le *Guide de normalisation des services à l'enfant et à la famille* du Manitoba. De manière générale, ces normes portent sur le soin et la sécurité des enfants. Elles sont considérées dans le domaine comme des normes minimales que les offices peuvent adapter pour répondre aux besoins et aux attentes de leur milieu.

Lorsqu'on travaille dans un système dont les pouvoirs et les responsabilités sont considérables, il est important de veiller à ce que le personnel connaisse la loi et les normes qui en découlent, et les appliquent. Si le personnel et la direction des offices ne connaissent pas bien les règles et les normes à suivre, la sécurité des enfants peut être compromise.

Les membres de l'équipe ont rencontré de nombreux agents de la protection de l'enfance concernant le décès d'un enfant dont ils étaient responsables, et ont été surpris d'entendre que la plupart d'entre eux estimaient qu'ils ne connaissaient pas les normes aussi bien qu'ils le devraient. La plupart des agents ont indiqué qu'ils estimaient avoir une bonne connaissance générale de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, mais qu'ils s'en remettaient souvent à leur superviseur pour la vérification du respect des normes. Cette situation est susceptible de créer des problèmes lorsque les agents de première ligne ne sont pas au courant d'une question et, par conséquent, ils ne pensent pas à en parler à leur superviseur, ou encore lorsque des agents doivent intervenir sur-le-champ et n'ont pas le temps de bien consulter leur superviseur.

D'après ce que l'équipe a compris, la trousse de formation axée sur les compétences des Services de protection des enfants comprend un volet sur les normes. Toutefois, en raison des contraintes financières et d'une pénurie de personnel, les agents de la protection de l'enfance reçoivent souvent une pleine charge de travail dès leur premier jour et n'ont le temps de suivre la formation que bien après être entrés en fonction.

Le juge Conner soulignait ce problème dans le rapport d'enquête sur le dossier Schmidt :

Le réseau des SEF connaît un taux de roulement élevé de ses agents de la protection de l'enfance, en grande partie sans doute en raison du stress inhérent à leurs fonctions et aux charges de travail élevées. Cela signifie que de nouveaux agents sont embauchés fréquemment et doivent recevoir une formation spécialisée en protection de l'enfance, formation qu'ils ne reçoivent pas dans le cadre du programme général en service social. À l'heure actuelle, lorsque de nouveaux agents sont embauchés, les besoins des dossiers en cours et le manque de ressources humaines font en sorte qu'ils reçoivent une pleine charge de travail dès le départ. (p. 163)

Les agents ont également signalé que la charge de travail élevée et les responsabilités croissantes réduisent le temps dont ils disposent pour la formation. Ce problème figure également dans le rapport d'enquête sur le dossier Schmidt (2003). Dans son rapport définitif, le juge Conner a écrit ce qui suit :

Les conséquences potentielles du fait de continuer à supporter des charges de travail excessives sont extrêmement graves et profondes. Du point de vue du public, le fait de présenter des normes minimales obligatoires de services de protection des enfants au Manitoba, quand ces normes ne peuvent pratiquement pas être suivies, crée des attentes irréalistes. Du point de vue des SEF, le stress que vivent les agents et les superviseurs au moment de faire des choix et de prendre des décisions officielles par rapport au bien-être des enfants est inacceptable. Le travail s'est nécessairement transformé en gestion des situations de crise, plutôt qu'en travail social normal. Mais ce qui est plus grave encore, c'est que la protection des enfants est menacée. Lorsqu'un enfant est blessé ou décède, le fait est que la conduite de chacun des agents et des superviseurs est examinée à la loupe et jugée en fonction du respect des normes des programmes. (p. 163)

L'équipe croit que les enfants et les familles seraient plus en sécurité si les agents avaient une bonne connaissance de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* et des normes des programmes tôt dans leur carrière. De plus, l'équipe a noté que les Services de protection des enfants recommandent que les nouveaux agents reçoivent de petites charges de travail lorsqu'ils entrent en fonction pour leur permettre de suivre une formation, et d'apprendre et de maîtriser les lois provinciales et les normes de protection de l'enfance. Le rapport d'enquête indiquait ce qui suit :

Le manuel de formation axé sur les compétences adopté par les Services de soutien précise la charge de travail à donner aux nouveaux agents pendant leurs six premiers mois d'emploi [ex. 82, p. xiv]. Le manuel indique que les agents devraient maintenir une charge de travail réduite, en commençant par trois dossiers après 9 à 10 semaines et en ajoutant de nouveaux dossiers de façon à s'occuper de 14 à 16 familles, le maximum recommandé par agent de la protection de l'enfance, à la fin de la période de six mois. (p. 163)

Finalement, l'équipe a relevé que même si le guide de normalisation actuel a été converti récemment en un format Internet facile d'accès, il reste qu'il n'est pas toujours clair et facile à comprendre. Le personnel doit plutôt s'en remettre à des parties du manuel de 1993, à des parties de l'ancienne trousse de 1999 et au manuel inachevé de 2003. L'équipe a constaté au cours de son examen qu'il était souvent difficile de trouver de l'information sur des normes précises. L'équipe était d'avis que si des personnes qui ont de nombreuses années d'expérience dans le domaine ont du mal à s'y retrouver, un nouvel employé soumis à des contraintes de temps se sentirait probablement dépassé par la situation. L'équipe recommande fortement que les Services de protection des enfants donnent la priorité à l'achèvement du manuel des normes.

Recommandation n° 61

Que tous les agents de la protection de l'enfance terminent le premier module du programme de formation axée sur les compétences dans les six mois qui suivent leur entrée en fonction dans un office de protection de l'enfance.

Recommandation n° 62

Que les Services de protection des enfants donnent la priorité à l'achèvement du manuel des normes provinciales.

Recommandation n° 63

Que les offices suivent les recommandations du rapport d'enquête sur le dossier Schmidt et aient comme politique de confier une charge de travail réduite aux nouveaux employés pendant leurs six premiers mois de travail.

Recommandation n° 64

Que le programme de formation axé sur les compétences destiné aux superviseurs contienne un module d'encadrement des agents de première ligne dans le but de vérifier s'ils connaissent les normes provinciales et les appliquent.

Recommandation n° 65

Que le programme de formation axé sur les compétences contienne une formation de base sur les services à l'enfant et à la famille, qui porte notamment sur la Loi sur les services à l'enfant et à la famille, les normes et les procédures, que le personnel de la protection de l'enfance suivrait obligatoirement avant de se voir confier des dossiers.

9.4 Les conflits de compétence

Les changements apportés au système de protection de l'enfance au cours des dernières années ont rendu encore plus difficile de savoir quel est l'office responsable des services aux enfants des premières nations en cas de besoin de protection de l'enfance, d'entretien et de services spécialisés. Le problème existe depuis longtemps dans le système de protection de l'enfance et n'a pas commencé au moment du transfert des dossiers en 2004. Avant les années 1980, les services de protection de l'enfance étaient assurés par un ensemble d'offices privés et par le gouvernement provincial, qui s'occupaient de tous les enfants du Manitoba, y compris des enfants qui vivaient dans les collectivités des Premières nations. Les services n'étaient pas uniformes et les enfants devaient souvent quitter leur collectivité pour recevoir des services.

Au début des années 1980, en vertu d'une entente tripartite entre les Affaires indiennes, le Manitoba et les Premières nations, des offices des Premières nations ont commencé à fournir des services dans leurs collectivités. Le fondement de l'application de la loi provinciale sur la protection de l'enfance dans ces collectivités reposait sur l'article 88 de la *Loi sur les Indiens*. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) versait des fonds selon une formule fondée sur la population connue sous le nom de Directive 20-1. Le gouvernement fédéral soutient que le financement ne relève pas d'une obligation de fiduciaire, mais que c'est plutôt une question administrative, et que la prestation de services aux Premières nations est « discrétionnaire ». Le MAINC a indiqué que :

La perspective du MAINC est que les provinces délèguent une autorité aux agences, donc les provinces sont responsables de s'assurer que l'agence opère selon des standards établis. Là où des lacunes sont observées, il revient à la province, en tant que substitut de l'autorité législative pour les services à l'enfance et à la famille, de travailler avec l'agence afin de procéder aux améliorations requises. Le rôle du Ministère se limite à financer les services livrés par les agences autorisées par la province⁸⁶.

Les offices des Premières nations soutiennent que le modèle d'un financement établi en fonction de la population est dépassé et ne reflètent pas les coûts de la prestation de services à des enfants qui vivent dans des collectivités éloignées, isolées et dont les ressources sont insuffisantes. La situation a créé un système à deux niveaux, dans lequel les coûts du soin des enfants, considérés comme la responsabilité du gouvernement fédéral, sont souvent subventionnés par la province. C'est particulièrement le cas des fonds consacrés aux services de prévention. Souvent, le manque de fonds fait en sorte que les enfants soient privés des services dont ils ont besoin. C'est particulièrement le cas pour les enfants qui ont des besoins coûteux et pour les enfants dont les familles ont un mode de vie nomade et passent des périodes dans une réserve et des périodes en ville. L'équipe a noté que les problèmes dans ce domaine touchent souvent les enfants, les familles et les collectivités qui ont le plus de mal à trouver d'autres sources de financement et qui comptent parmi les plus vulnérables de la province.

⁸⁶ Extrait de *Wen:De — Nous voyons poindre la lumière du jour*, de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations, 2005, p. 98.

Des problèmes liés aux conflits de compétence ont été observés autour de deux questions précises soit : a) la détermination de l'office responsable de la prestation de services et b) la difficulté des offices à répondre aux besoins des enfants qui ont des déficiences ou des besoins de soins médicaux. L'équipe a constaté que, dans certains cas, les conflits de compétence ont accru la charge de travail du personnel. Dans d'autres cas, ils ont eu des conséquences beaucoup plus graves.

Un exemple de la question, peut-être le plus troublant, était celui d'un adolescent qui a vécu dans des refuges temporaires pendant que deux offices n'arrivaient pas à déterminer lequel des deux était responsable sur le plan juridique de lui donner des soins. La question semblait avoir affaire avec l'adresse de l'adolescent, dont la mère avait vécu parfois à Winnipeg et parfois dans une collectivité d'une première nation, et avec le fait que l'adolescent présentait un niveau de besoin très élevé en raison de ses activités de rue. À son décès, l'adolescent avait moins de 16 ans.

L'équipe a observé que depuis 2005, les questions de compétence se sont complexifiées et exigent un haut degré de communication et de collaboration entre les offices et les agents. Dans les cas où les questions ne peuvent être résolues entre les offices, il devrait y avoir un processus de résolution des conflits qui aide à trouver une solution.

Les enfants ayant des besoins médicaux complexes

Dans certains cas, les conflits de compétence entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial sont liés au manque de services dans les collectivités des Premières nations pour les enfants autochtones ayant des besoins médicaux complexes. Le gouvernement fédéral, l'organisme qui finance les services de protection de l'enfance destinés aux enfants qui vivent dans les réserves, ne fournit pas de financement ou d'aide supplémentaire pour les enfants qui ont des besoins spéciaux.

Le gouvernement provincial, pour sa part, allègue qu'il n'est pas responsable de la prestation de services dans les collectivités des Premières nations, qui relèvent du gouvernement fédéral en vertu de la *Loi sur les Indiens*⁸⁷. Les agents et les représentants des offices indiquent que lorsqu'un enfant d'une première nation qui a des besoins médicaux est pris en charge, cela prend de nombreuses heures et beaucoup de patience de leur part pour déterminer quel échelon gouvernemental est responsable de la prestation et du paiement des services nécessaires. Cela est frustrant et prend beaucoup de temps, et fait souvent en sorte que l'agent ait moins de temps à consacrer aux autres enfants.

L'aide aux enfants autochtones qui ont des besoins médicaux complexes fait l'objet de débats, d'études et de poursuites devant les tribunaux depuis bien des années. Dans le passé, un comité formé de représentants du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des offices s'est réuni régulièrement, sans grand succès, pour élaborer une entente sur la prestation de services.

⁸⁷ Pour un excellent exposé de l'effet des questions de compétence et les enfants manitobains autochtones ayant des déficiences, voir C. Ducharme, D. Muskego, A. Muswagon, C. Paupaneckis, M. Muswagon, W. Spence et J. Ramdatt. *Promising Practices in First Nation Child Welfare: Kinosao Sipi Minisowin Agency Creating a Community Response for Special Needs Children*, s.d.

En 2006, une subvention de Santé Canada a permis à l'Assembly of Manitoba Chiefs de publier un rapport, qui s'est intitulé *Addressing Gaps in Services for On Reserve First Nations Children and Adults with Disabilities and their Families*. Ce rapport s'est penché sur les lacunes dans les services et a conclu qu'il fallait améliorer la collaboration entre les divers échelons administratifs. À l'échelle nationale, l'Assemblée des Premières nations et d'autres organismes d'aide à l'enfance ont adopté et soutiennent le « principe de Jordan⁸⁸ », un principe qui veut, entre autres, que les enfants n'aient pas à être pris en charge ni à quitter leur famille simplement en raison de graves problèmes de santé.

Dans un récent rapport⁸⁹, la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations affirmait ceci :

Cette situation est inacceptable et constitue une violation des droits humains de base de cet enfant. Tout enfant a le droit d'être élevé dans sa famille, de voir ses besoins comblés et de recevoir des soins de qualité.

L'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants appuie cette affirmation et croit que les enfants qui ont des besoins spéciaux ont le droit de recevoir des services de la même qualité que ceux qui sont offerts aux autres enfants. Ces services devraient permettre que les enfants ne soient pas placés inutilement, que les enfants soient placés dans leur collectivité d'origine lorsque c'est possible et que tous les enfants du Manitoba reçoivent le même niveau de services quel que soit l'endroit où ils vivent.

Les lacunes dans la distribution des responsabilités des gouvernements provincial et fédéral en matière de services de protection de l'enfance sont inacceptables. De plus, les offices et les familles ne devraient pas avoir à attendre que les gouvernements déterminent lequel des deux est responsable de la prestation de services avant le début des services. L'équipe appuie fortement les dispositions du principe de Jordan, et elle recommande fortement que le gouvernement du Manitoba adopte aussi ce principe et tente immédiatement de résoudre l'impasse entre les gouvernements fédéral et provincial.

Recommandation n° 66

Que le ministre des Services à la famille et du Logement nomme un arbitre indépendant ou crée un comité formé de représentants de chacune des régions, d'un représentant des Services de protection des enfants et de jusqu'à trois représentants de la collectivité pour intervenir à titre d'organisme de résolution des conflits de compétence.

⁸⁸ « Jordan » est un enfant autochtone de quatre ans, né à Winnipeg, qui a été retiré de son foyer dès la naissance en raison de graves problèmes de santé et qui a été placé dans un établissement hospitalier par un office de protection de l'enfance des Premières nations. Malgré les tentatives de l'office et de la famille de trouver des services adéquats, Jordan n'a pas pu vivre en milieu familial en raison d'un désaccord sur les compétences entre les MAINC et le gouvernement du Manitoba. De plus amples renseignements sur le principe de Jordan sont présentés sur Internet : <www.fncfcs.com>.

⁸⁹ Extrait de *Wen:De — Nous voyons poindre la lumière du jour*, de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations, 2005, p 98.

Recommandation n° 67

Que le gouvernement du Manitoba adopte le « principe de Jordan », ou principe de l'enfant d'abord, afin d'assurer une prestation de services aux enfants sans interruption en pendant la résolution de conflits de compétence en matière de financement.

9.5 La situation des collectivités du Nord

La prestation de services de protection de l'enfance aux habitants du Nord est un défi en soi étant donné l'isolement, les frais de déplacement élevés et le peu de ressources. Bien que cette situation difficile touche toutes les collectivités, autochtones et non autochtones, les offices autochtones sont également aux prises avec les conflits de compétence que nous venons d'exposer, ainsi qu'avec les problèmes sociaux courants au sein des collectivités autochtones du nord du Canada.

Les offices de protection de l'enfance des Premières nations du Nord ont signalé à l'équipe qu'ils devaient souvent fournir des services qui vont au-delà des services de protection de l'enfance prévus par la loi, en raison du manque de services professionnels dans le Nord. Par exemple, ils paient parfois les frais de transport et de traitement pour la thérapie d'un enfant toxicomane ou encore ils fournissent d'autres services essentiels, comme des cours de gestion de la colère, conformément à des ordonnances des tribunaux délivrées pour protéger des mères et des enfants. Les offices du Sud peuvent, pour leur part, avoir recours aux ressources des collectivités voisines ou s'associer pour utiliser une même ressource. Dans le Nord, des ressources sont absentes de la région ou, en raison de l'éloignement, ne peuvent être partagées. Cette situation nuit directement à la capacité des offices de trouver des solutions de rechange à la prise en charge des enfants.

Néanmoins, les agents ont également fait état d'un grand engagement envers la protection de l'unité familiale et des réticences à l'idée de placer des enfants en permanence ou de devoir les placer à l'extérieur de leur collectivité d'origine. Le personnel des offices doit souvent peser le pour et le contre pour décider s'il est dans l'intérêt supérieur de l'enfant de le laisser chez lui et de surveiller la situation ou de le retirer de sa collectivité, compte tenu de la possibilité que l'enfant prenne part à des activités indésirables en ville.

Les offices font également l'objet de grandes pressions en ce qui concerne la prestation de services adaptés à la culture et qui tiennent compte de l'expérience des collectivités des Premières nations. Les offices tentent tant bien que mal de trouver un équilibre entre la préservation de la culture et du milieu et le mandat de protection des personnes vulnérables. Cela peut vouloir dire que les offices ont à mettre sur pied leurs propres services adaptés aux besoins sociaux et culturels de leur collectivité tout en tenant compte des ressources limitées dont ils disposent. L'office Awasis, par exemple, a pris des mesures pour enseigner à son personnel des systèmes d'évaluation du risque qui respectent sa philosophie, afin de mettre en place des techniques de gestion de cas qui correspondent le plus possible aux normes et aux valeurs des personnes desservies.

Lors de rencontres avec des membres du personnel du Nord, trois agents ont confié à l'équipe qu'il était souvent difficile dans les petites collectivités éloignées de trouver des agents qui ont les compétences nécessaires pour supporter l'intensité du travail de protection de l'enfance. Dans bien ces cas, les offices doivent compter sur des agents qui ont beaucoup d'années d'expérience de vie et moins d'années d'études officielles. Toutefois, ces agents, malgré leur dévouement envers les familles et les enfants, sont aux prises avec des difficultés du fait qu'ils n'ont pas acquis les connaissances et les compétences officielles transmises dans les établissements d'enseignement. Les agents croient que le problème serait en partie résolu s'ils avaient accès à une supervision objective, à un soutien dans l'élaboration des plans de soins et dans l'interprétation des règlements provinciaux, de façon à renverser la tendance dans les petites collectivités éloignées et isolées à suivre plutôt des règles locales. Un des offices, entre autres, a souligné qu'il serait nécessaire qu'un agent « expert » se rende dans chacune des collectivités éloignées pour former et conseiller les agents locaux. Cette aide éliminerait quelque peu la pression qui pèse sur ceux-ci, elle leur donnerait la possibilité de demander des conseils sur des cas spécialement complexes et elle assurerait la bonne gestion des cas.

Dans au moins deux dossiers de décès d'enfants, les enfants étaient retournés vivre avec leur famille d'origine malgré des problèmes chroniques d'alcoolisme et de négligence. Il semblerait que l'hésitation des agents à séparer définitivement les membres de la famille se serait traduite par un retour de l'enfant dans une famille mal préparée. Cependant, si l'office avait pu avoir recours aux services d'un spécialiste de la gestion de cas et avait eu accès aux services adéquats dans la collectivité, ces décès auraient peut-être été évités. Les services d'un spécialiste sont dispendieux à court terme, mais pourraient aider à réduire les risques pour les enfants.

Recommandation n° 68

En raison du nombre élevé de nouveaux agents et d'agents réaffectés, que les offices obtiennent des fonds pour embaucher un expert de la gestion de cas, qui assumerait des tâches d'enseignement, de formation et d'organisation en gestion de cas, en tenant compte de la philosophie et des ressources des offices. Cet expert devrait donner la formation dans les collectivités où les services sont fournis.

Recommandation n° 69

Qu'un comité formé de professionnels de la santé, d'agents de la protection de l'enfance et de membres de la collectivité locale soit créé dans les régions nordiques, rurales et éloignées pour assurer une continuité dans la prestation de services aux enfants et aux jeunes qui vivent dans les réserves et hors des réserves.

9.6. Les ressources

La réduction ou le plafonnement du financement des offices au cours des dernières années a eu un effet important sur leur capacité de fournir des services dont la qualité permet de soutenir les familles, de réduire le nombre d'enfants pris en charge par les offices et de conserver la santé psychologique et physique du personnel des offices. Cela a aussi eu un effet sur la capacité des agents de concevoir et de mettre en œuvre des plans de soins qui prévoient non seulement des services de soutien aux enfants victimes de mauvais traitements, mais qui les aident aussi à guérir. La guérison est particulièrement importante chez les enfants qui présentent un risque de suicide élevé et qui ont besoin de l'intervention active de l'agent responsable de leur cas pour veiller à ce qu'ils reçoivent les services de santé mentale et disposent des ressources nécessaires à leur sécurité, jusqu'à ce qu'ils ne soient plus en danger. L'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants a relevé deux domaines touchés par les compressions budgétaires et estime que des améliorations doivent être apportées dans ces domaines pour prévenir d'autres décès.

Le nombre de cas confiés aux agents

La question du nombre de cas confiés aux agents a été abordée dans trois récents rapports d'enquêtes menées au Manitoba⁹⁰. Dans chacun des cas, les rapports ont recommandé un examen du nombre de dossiers confiés à chacun des agents pour vérifier si les agents ont le temps nécessaire pour fournir à tous les enfants sous leur responsabilité le temps et l'attention dont ils ont besoin pour mener une vie sécuritaire, saine et encadrée. Dans le rapport d'enquête sur le dossier Redhead (2003), le juge Giesbrecht faisait remarquer ce qui suit :

Pour s'écarter d'une gestion qui s'apparente à une gestion de crise permanente et établir une situation où les agents ont le temps nécessaire pour bien gérer leurs dossiers et élaborer des plans adéquats à long terme pour les enfants dont ils s'occupent, les offices des services à la famille doivent confier aux agents un nombre de dossiers raisonnable. Lorsque les dossiers concernent des enfants ayant des besoins élevés, les offices devraient viser une charge de travail d'une vingtaine de dossiers par agent.

La Child Welfare League of America recommande un maximum de 17 dossiers, surtout lorsque les enfants ont besoin de services intensifs⁹¹. Ce nombre semble représenter le nombre de familles, tandis que le nombre de dossiers au Manitoba représente le nombre d'enfants. Quoi qu'il en soit, les agents interviewés pour le présent examen ont parlé d'une charge de 30 à 50 dossiers par agent, des chiffres beaucoup trop élevés. Étant donné que les charges de travail sont trop élevées et que les agents ratent des occasions d'intervenir, on assiste à une mauvaise gestion des cas, à des plans de soins déficients et, dans l'ensemble, à de piètres services aux enfants et aux familles.

⁹⁰ Enquêtes sur les dossiers de Patrick Redhead (2003), de Sophia Schmidt (2003) et de Susan Redhead (2004).

⁹¹ Normes consultées le 11 septembre 2006 sur le site Internet de la Child Welfare League of America : <www.cwla.org>.

Recommandation n° 70

Que le ministère des Services à la famille et du Logement veille à ce que les charges de travail aient un niveau gérable.

Les services de prévention et de soutien pour les familles

Une chose est sûre, un des principes de base en protection de l'enfance est qu'il faut offrir des services de prévention pour éviter que les enfants soient pris en charge par les offices de protection de l'enfance. Non seulement les services de prévention sont moins coûteux que l'entretien d'un enfant dans le système de protection de l'enfance, mais l'offre de services ciblés au moment opportun peut contribuer positivement à la santé des enfants et des familles. Jackson (2000) formulait l'affirmation suivante :

Les interventions en protection de l'enfance sont coûteuses, elles prennent du temps et elles ont des conséquences à long terme sur la vie des personnes concernées. Cela va de soi, elles visent d'abord à éviter que du mal soit fait aux enfants, et en dernier recours, à retirer les enfants des familles qui ne réussissent pas à leur fournir un minimum acceptable de soins. La préservation de la famille a remplacé le retrait comme intervention privilégiée, étant donné les preuves des risques liés à la séparation d'un enfant de sa famille et de son milieu⁹².

Des agents ont aussi indiqué que même si leur but ultime est de protéger les enfants, que leur philosophie voulait que leur travail permette aux familles de fonctionner sainement sans l'intervention des services de protection de l'enfance. Le placement des enfants, loin de leurs parents, était vu comme une solution secondaire, après avoir d'abord tenté de garder l'enfant en sécurité dans son propre foyer. Afin d'atteindre ces objectifs, le temps et les ressources sont des outils importants dans la création de bonnes relations avec la clientèle et la conservation des familles unies dans un milieu sûr.

La *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* prévoit la possibilité discrétionnaire de financer des programmes de prévention et de soutien pour les familles, afin de sauvegarder l'unité familiale. En 1992, des changements ont été apportés au financement des offices autochtones, à la suite de quoi le financement des services à la famille a pris la forme de subventions⁹³. Des agents ont indiqué en entrevue que les fonds limités et les compressions dans les services à la famille ont entraîné l'élimination de nombreux programmes d'aide à la famille et ont contraint les offices à offrir uniquement des services de protection des enfants. Voici un extrait d'un document de l'agence Awasis publié à l'époque⁹⁴ :

Les services mis sur pied en 1983 avec une nouvelle vision des services de protection de l'enfance destinés aux Indiens du Manitoba, axés sur la prévention et les services aux

⁹² S. Jackson, « Looking after children better: An interactive model for research and practice », *Child Welfare in Canada: Research and Policy Implications*, sous la direction de J. Hudson. et B. Galaway, Toronto, Thompson University Press, 1995, p. 324-336.

⁹³ Information tirée d'un document de 1993 de l'office Awasis, intitulé *Research Brief into Federal Funding Changes Regarding Services to Families Dollars Submission to First Nation Child and Family Task Force*.

⁹⁴ *Ibid.*

familles, sont dégradés par des changements budgétaires unilatéraux qui, selon un processus d'élimination, mettent de nouveau l'accent sur les services de protection.
(p. 16)

Le travail des moniteurs familiaux et des intervenants sociaux est parfois plus utile qu'une simple aide aux familles en crise. Ces personnes-ressources aident les offices à connaître la dynamique des familles, ce qui permet d'indiquer aux offices les situations où ils doivent intervenir. Des services de prévention auraient pu être utiles dans divers dossiers d'accidents mortels et d'homicides d'enfants qui ont semblé résulter de la négligence de parents ou de mauvais traitements, des problèmes qu'un agent aurait pu tenter de régler avant les décès.

Dans un cas en particulier, l'enfant était retourné vivre avec sa famille d'origine, une famille qui avait un long dossier de services à l'enfant et à la famille. Pour tenter de mettre fin au cycle d'intervention des Services à l'enfant et à la famille, l'agent a rendu l'enfant au parent en mettant en place une forme de soutien non officielle. Si des services de soutien officiels avaient été mis en place, l'office aurait peut-être été au courant des difficultés de la mère dans l'exercice de son rôle parental avant le décès de l'enfant.

Dans d'autres cas, les enfants sont retournés vivre avec leur famille d'origine. Leurs plans de soins prévoyaient des visites fréquentes et à l'improviste d'un agent. Dans un plan de soins idéal, un travailleur familial ou un agent d'aide aurait dû se rendre régulièrement à la maison pour s'assurer de la sécurité des enfants. Lorsque l'équipe a questionné les offices sur la pertinence des plans de soins, les deux offices ont fait état du manque de fonds pour des services à domicile comme justification des plans de soins. Les deux enfants sont morts chez leurs parents biologiques.

Recommandation n° 71

Que l'on augmente les fonds destinés aux programmes de prévention et d'aide aux familles du Nord pour que des fonds adéquats permettent de fournir des services équivalents aux services offerts dans le Sud.

10.0 Le soutien offert à la suite du décès d'un enfant

La mort soudaine d'un enfant est toujours une tragédie. Cette tragédie est souvent amplifiée lorsque les survivants n'ont pas l'occasion de faire leur deuil d'une façon constructive et encadrée⁹⁵. Malheureusement, lorsque décède un enfant dont s'occupe un office de protection de l'enfance, le nombre et la complexité des relations, l'accumulation de tâches de gestion et d'enquête et la présence possible des médias peuvent multiplier les tensions vécues par les personnes concernées par le décès. Les aspects que nous venons d'énumérer causent des difficultés et un stress supplémentaires lorsque le personnel des offices tente de trouver des façons de répondre à l'ensemble des besoins affectifs et physiques des survivants⁹⁶.

Les agents de la protection de l'enfance

Dans le cadre de son examen, l'équipe a interviewé des agents de la protection de l'enfance au sujet de leur expérience à la suite du décès d'un de leurs clients. Tous les agents interviewés ont indiqué que l'événement leur avait fait vivre beaucoup de stress. Ce stress était supérieur lorsque les agents avaient dû retirer d'autres enfants du foyer ou lorsque des membres de la famille s'étaient mis en colère ou avaient proféré des menaces contre eux à la suite du décès de l'enfant. Des agents estimaient que les décès exacerbaient le ressentiment de la clientèle envers l'office et son personnel, ce qui faisait croître les risques de préjudices personnels envers les agents. C'est particulièrement le cas dans les petites localités isolées et aux endroits où les agents et leur famille vivent dans le même milieu que la victime et sa famille. De nombreux agents ont indiqué qu'une formation en sécurité personnelle aiderait à réduire leurs craintes.

La section 1.7.4 du *Guide de normalisation des services à l'enfant et à la famille* du Manitoba prévoit la procédure de signalement du décès d'un enfant placé ou qui a reçu des services du système de protection de l'enfance. Nous présentons cette section, connue officiellement comme la section 182, à l'annexe 2, ainsi qu'un tableau exposant les mesures d'enquête lors du décès d'un enfant connu du système de protection de l'enfance.

Bien des agents ont indiqué qu'ils trouvaient souvent très difficile de rédiger des rapports volumineux si rapidement après le décès. Ils pensaient que le processus actuel ne leur permettait pas de faire leur deuil ni de comprendre pleinement les éléments ayant conduit au décès de l'enfant, et qu'à cause de cela, des détails importants étaient souvent omis. Selon eux, les normes et les procédures actuelles devraient être modifiées pour leur donner plus de temps pour réfléchir aux problèmes qui ont conduit au décès. De plus, ils estimaient qu'il serait bon qu'un autre agent de l'office aide l'agent de première ligne pendant la période de crise initiale.

⁹⁵ P. Cook, D.K. White et R.I. Ross-Russell, « Bereavement support following sudden and unexpected death: guidelines for care », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 87, n° 1 (2002), p. 36-38.

⁹⁶ Aux fins de la présente partie du rapport, le terme « survivant » comprend les membres de la famille, les parents nourriciers, les familles d'accueil, les autres enfants de foyer nourricier et les enfants placés qui ont déjà vécu avec l'enfant décédé.

Lors de l'examen, l'équipe a constaté qu'un nombre élevé d'agents des offices n'avait pas été informé du décès d'un enfant dont ils s'étaient déjà occupés. L'équipe a également noté que le décès de nombreux enfants des dossiers examinés ne figurait pas dans le Système d'information des services à l'enfant et à la famille (SISEF) et qu'il manquait de nombreux rapports conformes à la section 182. Cette situation a mis l'équipe en mauvaise posture, puisqu'elle a eu à reconforter les agents, tout en tentant d'obtenir d'eux des renseignements supplémentaires sur les circonstances du décès des enfants.

Bien que la plupart des agents aient parlé du stress énorme qu'ils avaient vécu à la suite du décès d'un enfant, ils ont été peu nombreux à profiter des possibilités de verbalisation et de gestion des répercussions affectives de la situation. Il semble qu'on ait offert à la plupart des agents de rencontrer un conseiller du programme d'aide aux employés, mais qu'ils aient refusé, et qu'on ait offert à certains de prendre quelques jours de congé s'ils le souhaitaient. La plupart des agents ont dit qu'il était difficile de prendre congé parce qu'il n'y avait personne pour les remplacer pendant leur absence. D'autres croyaient qu'il était parfois plus facile d'en parler avec leurs collègues de travail, qui comprenaient comment ils se sentaient.

Cependant, comme l'a fait remarquer à l'équipe le gestionnaire d'un des offices, les agents n'ont peut-être pas pris congé tout de suite après le décès, mais beaucoup d'entre eux ont pris des congés prolongés pour des troubles liés au stress dans l'année qui a suivi le décès d'un client⁹⁷. Cette situation a fait augmenter les primes d'assurance invalidité à court terme et à long terme des offices et a aggravé le problème, étant donné la difficulté de trouver du personnel pour remplacer un agent en congé de maladie prolongé.

Dans l'ensemble, l'équipe a relevé un manque d'uniformité des protocoles des offices en ce qui a trait au soutien du personnel immédiatement après le décès d'un client. Seulement deux offices disposaient d'équipe de counseling en cas de crise et de protocoles de soutien des survivants en cas de décès ou de blessures graves d'un membre de la collectivité. D'après l'équipe, l'absence de protocoles efficaces dans ce domaine a provoqué davantage de stress et d'épuisement professionnel chez les agents des offices. Cet épuisement a non seulement causé de nombreuses demandes d'invalidité à court terme et à long terme, mais il a également nui globalement aux soins de tous les enfants dont s'occupe chaque office.

L'équipe recommande, pour tout le secteur de la protection de l'enfance, la mise en place et l'application de protocoles en cas de décès ou de blessures graves de clients. Cela pourrait comprendre des séances de counseling de crise, de l'aide aux agents de première ligne dans la préparation et la rédaction des rapports conformes à la section 182 et des consultations de suivi pour tout le personnel concerné d'un office.

Dans le même ordre d'idées, le personnel touché ne devrait pas avoir à prendre ses congés payés pour le deuil d'un client. Les congés payés visent à permettre aux agents de relaxer et de se reposer en famille, et ne devraient pas servir de congés pour le deuil d'un client. L'équipe croit

⁹⁷ L'article de N. Gustavsson et de A. MacEachron, « When a child welfare client dies: An agency-centred approach », *Child Welfare*, vol. 83, n° 4 (2004), p. 317-340, est un excellent article sur les effets du stress dans le domaine de la protection de l'enfance.

que les agents touchés directement par une situation de crise, comme le décès d'un enfant, devraient pouvoir prendre jusqu'à deux journées de deuil payées tout de suite après le décès d'un de leur client ou lorsqu'un client se blesse gravement.

Recommandation n° 72

Que les quatre régies veillent à ce que tous les offices indiquent dans les dossiers du SISEF le décès d'un enfant qui leur était confié et que les dossiers du SISEF soient mis à jour chaque semaine. Que les fonds nécessaires soient mis à la disposition des offices pour qu'ils puissent mettre en œuvre cette recommandation.

Recommandation n° 73

Que les Services de protection des enfants rédigent des normes concernant les protocoles de soutien du personnel des offices en cas de décès inattendu d'un client. Les protocoles devraient comprendre : a) des protocoles d'information du personnel responsable et des parents nourriciers (au moment du décès et dans le passé), ainsi que des membres de la famille de l'enfant; b) jusqu'à deux jours de congé de deuil pour les agents touchés par le décès soudain d'un client; c) des protocoles de soutien pour tous les survivants, y compris les autres enfants du foyer nourricier de l'enfant décédé.

Recommandation n° 74

Que les Services de protection des enfants mettent sur pied immédiatement une équipe de counseling en cas de crise qui sera envoyée en cas de décès ou de blessures graves d'un enfant à l'office qui intervenait auprès de l'enfant. Cette équipe collaborera étroitement avec les agents de l'office, les parents nourriciers et les autres enfants pris en charge pour que toutes les personnes touchées par le décès reçoivent du soutien et que toutes les questions administratives soient réglées.

Recommandation n° 75

Qu'un module sur le counseling en cas de crise soit ajouté au programme de formation axée sur les compétences comme complément de formation et qu'au moins un membre du personnel de chacun des offices soit encouragé à suivre cette formation.

Recommandation n° 76

Que le personnel des offices, dans les six premiers mois d'emploi, reçoive une formation sur les mesures de sécurité et sur les compétences nécessaires pour désamorcer les situations dangereuses, et suive des cours de perfectionnement tous les deux ans.

Le soutien offert aux survivants

(parents nourriciers, autres fournisseurs de soins, autres enfants du foyer nourricier et familles d'origine)

Les enfants auprès desquels le système de protection de l'enfance intervient ont souvent une vie complexe et diverses relations familiales, par exemple, avec leur famille d'origine, leurs parents nourriciers et les autres enfants du foyer nourricier. Le décès d'un membre de la famille est traumatisant pour toutes ces personnes. Il revient souvent à l'agent et à l'office de protection responsables de l'enfant d'agir comme intermédiaires entre les personnes de façon à ce que chacune d'elles se sente reconnue et soutenue après le décès d'un enfant connu du système de protection de l'enfance.

La relation d'un enfant avec sa famille d'origine est certainement l'une des plus importantes. Les membres des familles ont signalé qu'ils vivaient du ressentiment envers les offices et de la culpabilité par rapport à la manière dont les enfants étaient décédés. L'équipe a estimé que certains problèmes auraient peut-être été réglés plus facilement si la famille avait reçu des services de counseling après le décès de l'enfant.

Le décès d'un enfant peut également être très traumatisant pour les parents nourriciers et les travailleurs des foyers de groupe, surtout lorsque ce sont eux qui trouvent le corps ou lorsqu'ils connaissent la dépression d'un enfant ou sa participation à des activités dangereuses, qui a finalement mené à sa mort. Dans plusieurs cas, les parents nourriciers se sont dits en colère ou frustrés lorsque le décès a été causé par un récent retour de l'enfant à sa famille d'origine et que l'enfant avait quitté leur foyer depuis peu. Dans d'autres cas, au contraire, l'équipe s'est réjouie d'entendre des histoires de parents nourriciers qui étaient remerciés et soutenus par l'office et la famille d'origine. On a confié à l'équipe que des parents nourriciers, le personnel des offices et les familles d'origine avaient uni leurs efforts pour que chacune des personnes joue un rôle honorable dans les funérailles. Dans au moins un des cas, la mère nourricière a préparé un album sur la vie de l'enfant et l'a offert à la famille d'origine de l'enfant décédé et, à son tour, la famille a invité la famille d'accueil à venir dans sa réserve rencontrer la famille élargie de l'enfant.

Enfin, tous s'entendaient pour dire que les familles des enfants pris en charge sont souvent complexes et que la plupart des enfants placés ont des liens avec d'autres enfants du foyer nourricier ou du foyer de groupe comme s'ils étaient frères et sœurs. Il est également important de souligner que des foyers nourriciers ou des foyers de groupe peuvent accueillir en même temps des enfants confiés à divers offices.

L'équipe chargée de l'examen sur les décès d'enfants est consciente du rôle important de chacun des survivants dans la vie de l'enfant décédé. Bien que les services de counseling puissent être offerts à tous les survivants à la suite du décès d'un enfant, les offices doivent souvent en assumer tous les coûts sans recevoir de remboursement du gouvernement provincial. C'est spécialement le cas lorsque le survivant n'avait pas de lien juridique avec l'enfant ou s'il est pupille de l'État d'un autre office. Tous les survivants qui demandent de l'aide dans le deuil d'un enfant dont ils s'occupaient ou se sont occupés devraient recevoir des services de counseling gratuitement et les offices ne devraient pas avoir à en assumer les frais. Les services pourraient

consister en des séances de counseling individuelles ou en couple, et en des séances de counseling pour tous les enfants et les jeunes qui connaissaient l'enfant décédé.

Les lignes directrices sur les frais de funérailles et d'enterrement d'un enfant décédé sont établies par la Manitoba Funeral Service Association, et certains frais additionnels sont assumés par le ministère des Services à la famille et du Logement. Toutefois, le personnel des offices a signalé que les montants prévus pour les veilles funéraires, ainsi que pour les repas, les déplacements et l'hébergement des membres de la famille au moment des funérailles sont bien au-dessous des dépenses réelles. Pour les offices des Premières nations, les frais peuvent être très élevés lorsque les familles viennent d'endroits éloignés ou lorsque la famille demande des funérailles traditionnelles.

Les offices ont confié à l'équipe qu'ils absorbent souvent ces coûts à même leur budget. Les manques à gagner dans ce domaine peuvent faire en sorte que d'autres services soient réduits. Il est fortement recommandé que le ministère des Services à la famille et du Logement augmente les prestations supplémentaires pour couvrir les frais des veilles, des déplacements et des repas au moment des funérailles.

Recommandation n° 77

Que le ministère des Services à la famille et du Logement mette jusqu'à 5 000 \$ à la disposition des offices pour qu'ils offrent des séances de counseling aux parents nourriciers et au personnel des foyers de groupe à la suite du décès d'un enfant placé dans leur foyer ou dans leur établissement. Ces fonds seraient accordés sur présentation au ministère des Services à la famille et du Logement de toutes les factures de counseling liées au décès de l'enfant.

Recommandation n° 78

Que le ministère des Services à la famille et du Logement fasse passer la somme des indemnités supplémentaires à un montant maximum de 1 000 \$, sur présentation des reçus, pour couvrir les frais supplémentaires découlant des éléments suivants : a) les funérailles, les veilles et autres cérémonies traditionnelles; b) les déplacements des membres de la famille immédiate d'un enfant placé pour qu'ils puissent assister aux funérailles, aux veilles ou à une cérémonie traditionnelle.

11. Conclusion

Au cours des quatre derniers mois, l'équipe chargée de l'examen des décès d'enfants a étudié les dossiers de 99 enfants. Elle a rencontré plus de 50 agents et superviseurs de la protection de l'enfance, ainsi que des représentants de programmes communautaires destinés aux enfants et aux adolescents. L'examen a permis de formuler 78 recommandations, qui vont d'un avertissement sur les dispositifs de sécurité pour enfants à des réformes de la planification de la transition des jeunes qui quittent le système de protection de l'enfance. Le présent rapport est l'aboutissement de ces quatre mois de travail.

Tout au long de l'examen, l'équipe a été frappée par le dévouement du personnel de la protection de l'enfance à perfectionner ses méthodes, dans le but d'améliorer l'ensemble du système. Et ce, malgré le fait que le système de protection de l'enfance a subi des transformations sans précédent, qui ont touché tant la charge de travail du personnel que leur milieu de travail.

En général, l'équipe chargée de l'examen sur les décès d'enfants n'a trouvé aucun cas où l'erreur d'un agent ou d'un office a conduit directement à la mort d'un enfant. L'équipe a constaté que, dans bien des cas, le manque de ressources dans les collectivités et la mauvaise coordination entre les systèmes ont créé des environnements qui ont possiblement contribué aux décès. L'examen a fait ressortir que les systèmes d'aide aux enfants et aux adolescents doivent se diriger vers une prestation intégrée des services, pour qu'aucun enfant, aucun adolescent ni aucune famille ne tombent entre les mailles du système en tentant d'obtenir l'aide nécessaire.

L'équipe a constaté, en particulier, le besoin croissant de mettre à la disposition des enfants et des adolescents des services de santé mentale abordables et accessibles. L'équipe a constaté le fait que les adolescents étaient particulièrement à risque et a recommandé de mettre en place un processus plus efficace d'aide aux adolescents et aux enfants qui quittent le système de protection de l'enfance.

L'équipe a également relevé que plus de la moitié des enfants et des adolescents qui avaient reçu des services de protection de l'enfance dans l'année précédant leur décès avaient été exposés ou étaient soupçonnés d'avoir été exposés à l'alcool ou à d'autres drogues avant leur naissance. Le système de protection de l'enfance doit commencer à élaborer des initiatives pour aider plus efficacement les femmes enceintes à réduire leur consommation d'alcool, et à chercher de meilleures façons d'aider les enfants et les adolescents atteints de l'ETCAF.

En ce qui concerne l'âge des enfants décédés, l'examen a fait ressortir que les enfants de moins de cinq ans étaient plus susceptibles de décéder à la maison, tandis que les enfants de 12 ans et plus risquaient davantage de décéder en dehors de leur foyer en raison de leurs activités. À la lumière de son examen, l'équipe recommande plus de constance au sein du système dans l'application de mesures d'évaluation du risque au moment d'établir les plans de soins des enfants de moins de cinq ans, spécialement avant de prendre toute décision en matière de placement.

Enfin, l'équipe croit qu'une augmentation des fonds destinés à la prévention, particulièrement à l'égard des enfants et des adolescents à risque, permettrait de réduire les morts accidentelles, les homicides et les suicides chez les adolescents. Ces recommandations vont de pair avec ce que l'on sait sur l'importance de mettre en place une approche de « collectivité saine » auprès des enfants et des familles.

Au fil de son examen, on a rappelé à l'équipe que le présent rapport représentait un groupe d'enfants décédés, et qu'il ne parlait pas des nombreux enfants blessés gravement à la suite de mauvais traitements sexuels ou physiques, d'accidents, de la consommation de drogues et d'alcool, d'activités de gangs ou de rue et de tentatives de suicide. Peut-être ces enfants devraient-ils faire l'objet d'un autre examen, à un autre moment.

En conclusion, rappelons que l'examen a commencé à la suite de la mort de Phoenix Sinclair. Il se termine par des recommandations qui, lorsqu'elles auront été mises en œuvre, renforceront l'aide fournie aux enfants et aux adolescents confiés au système de protection de l'enfance, ainsi que l'aide apportée aux enfants, à l'intérieur de leur cellule familiale. L'équipe espère que le présent rapport apportera un certain réconfort aux familles qui pleurent toujours la perte de leurs enfants.

Annexe 1 — Outils de recherche

Examen des décès d'enfants Fiche d'examen

N° de dossier _____

Date du décès _____

Office responsable _____

Lieu géographique du décès de l'enfant _____

Type de décès : mort naturelle SMSN suicide homicide
 mort accidentelle cause inconnue indéterminé

Méthode _____

Âge de l'enfant moins d'un an 1-4 4-8
au moment du décès : 9-12 13-16 16-18

Genre : garçon fille

Race : crie ojiibway dakota autochtone (autre)
 métisse blanche autre inconnue

Handicap de l'enfant : aucun ETCAF THADA troubles de santé mentale
(cocher une case) handicap physique déficience sensorielle
 déficience intellectuelle problèmes de santé
 autre _____

Tentatives de suicide : 0 1-2 + 2 nombre inconnu s.o.

Idées suicidaires : oui non information inconnue s.o.

Antécédents de mauvais traitements sexuels : oui non information inconnue s.o.

Antécédents de mauvais traitements physiques : oui non information inconnue s.o.

Problèmes de toxicomanie : oui non information inconnue s.o.

Problèmes avec la justice criminelle : oui non information inconnue s.o.

Enfant handicapé au moment du décès? oui non information inconnue s.o.

Intervention du système de protection de l'enfance

Statut juridique : pupille de l'État contrat de placement volontaire
dossier familial déjà reçu des services

Type de placement : non placé
foyer nourricier foyer familial
chez un membre de la famille foyer de groupe/établissement
organisme externe ressource empruntée
vie autonome autre

Problèmes ayant mené à l'intervention des SEF : toxicomanie des parents mauvais traitements
(cocher tous les éléments qui s'appliquent) violence familiale mauvais traitements sexuels
négligence difficulté parentale
services à la famille
autre _____

Durée de la prise en charge de l'enfant : _____ s.o.

Nombre de placements _____ s.o.

Nombre de tentatives de réunion _____ information inconnue s.o.

Visites de la famille d'origine : aucune une/semaine une/mois 2 à 3 par année
à l'occasion information inconnue
s.o.

Nombre d'agents : 1-3 4-8 8+ information inconnue
s.o.

Nombre de visites d'agents dans les 3 mois avant le décès 0 1 2-3 3 et plus information inconnue
s.o.

Nombre de dossiers de l'agent responsable au moment du décès _____
information inconnue s.o.

Organismes tiers :

Nombre de visites médicales avant le décès 0 1 2 3
3 et plus information inconnue

Interventions de professionnels : thérapeute/conseiller psychiatre
aide spéciale à l'école
ergothérapeute/physiothérapeute/orthophoniste
autre _____
aucun information inconnue s.o.

Intervention externe de professionnels (thérapeutes, organismes de défense des droits, aides familiales, etc.)

Besoins de l'enfant (handicap, niveau de besoin, problèmes de placement antérieurs, orientation sexuelle, etc.)

Formation et expérience de l'agent — charge de travail (éducation, années d'expérience professionnelle, nombre de dossiers en cours, etc.)

Dernier plan de soins connu

Observations

Annexe 2 — Protocole du système au décès d'un enfant connu du système de protection de l'enfance

Décès d'un enfant*

<p>dans l'heure qui suit l'avis de décès/au plus tard à 10 h le lendemain (prochain jour ouvrable)</p>	<p>Si l'enfant était placé, l'office fait un rapport conformément à la section 182.1 et l'envoie à la régie et aux Services de protection des enfants.</p>	<p>L'office fait un rapport 182.1. La régie est avisée. Les Services de protection des enfants sont avisés. Le médecin légiste en chef fait son enquête.</p>
<p>à la fin du prochain jour ouvrable</p>	<p>Si l'enfant n'était pas placé, mais qu'il a reçu des services d'un office dans l'année précédente, l'office fait un rapport conformément à la section 182.3 et l'envoie à la régie et aux Services de protection des enfants.</p>	<p>L'office fait un rapport 182.3. La régie est avisée. Les Services de protection des enfants sont avisés. Le médecin légiste en chef fait son enquête.</p>
<p>à la fin du prochain jour ouvrable</p>	<p>À la réception d'un rapport 182 sur le décès d'un enfant dans des circonstances inhabituelles ou susceptibles de retenir l'attention des médias, les Services de protection des enfants préparent une note d'information à l'intention du ministre</p>	<p>Les Services de protection des enfants préparent une note d'information à l'intention du ministre.</p>
<p>dans les deux heures</p>	<p>Si un enfant placé est victime de blessures graves pouvant causer son décès ou un handicap permanent, l'office fait un rapport conformément à la section 182.4 et l'envoie à la régie ou aux Services de protection des enfants.</p>	<p>L'office fait un rapport 182.1. La régie est avisée. Les Services de protection des enfants sont avisés.</p>
<p>dans les 24 heures</p>	<p>L'office prend les mesures raisonnables nécessaires pour avertir le père ou la mère de l'enfant, ou son parent le plus proche, que l'enfant qui lui était confié est décédé ou gravement blessé.</p>	<p>Avis émis par l'office Autopsie du médecin légiste en chef</p>
<p>dans les 48 heures</p>	<p>L'office fournit à la régie et aux Services de protection des enfants tous les renseignements supplémentaires sur les circonstances du décès de l'enfant et les mesures prises par l'office.</p>	<p>La régie est avisée. Les Services de protection des enfants sont avisés.</p>
<p>dans les 30 jours</p>	<p>L'office mène un examen interne de sa gestion du cas et fournit un</p>	<p>Examen interne La régie est avisée.</p>

	rapport écrit à la régie et aux Services de protection des enfants.	Les Services de protection des enfants sont avisés.
dès que possible	Tous les renseignements sur les résultats de l'autopsie, l'examen interne de l'office, les résultats de l'enquête policière et les mesures prévues par l'office sont transmis à la régie et aux Services de protection des enfants dans les plus brefs délais (section 182.6).	L'office fait un rapport 182.6. La régie est avisée. Les Services de protection des enfants sont avisés.
dans un délai de 30 à 60 jours	Le décès de l'enfant est examiné par le Children's Inquest Review Committee ou CIRC (comité qui donne des conseils sur les enquêtes en cas de décès d'un enfant).	Le CIRC fait sa recommandation au bureau du médecin légiste en chef.
dans un délai de 60 à 120 jours	D'autres renseignements peuvent être exigés de l'office (par l'intermédiaire de la régie), soit par lettre ou, le cas échéant, lors d'un examen en vertu de l'article 4, à la suite de l'examen du CIRC et de l'analyse du cas par les Services de protection des enfants.	Examen des Services de protection des enfants en vertu de l'article 4. Le médecin légiste en chef demande, s'il y a lieu, la tenue d'une enquête à la fin d'un procès.
dans un délai de 120 à ? jours	Le rapport du BMLC en vertu de l'article 10 de la <i>LEML</i> est présenté au ministre et transmis aux Services de protection des enfants, à la régie et à l'office. Les recommandations sont examinées et les Services de protection des enfants exigent une réponse des organismes concernés dans les 60 jours.	L'office reçoit le rapport. La régie reçoit le rapport. Les Services de protection des enfants reçoivent le rapport. Le médecin légiste en chef produit son rapport en vertu de l'article 10 de la <i>LEML</i> .
dans un délai de 180 à ? jours	Les Services de protection des enfants étudient les réponses de la régie et de l'office concernant les recommandations en vertu de l'article 10 de la <i>LEML</i> et prennent les mesures nécessaires.	Réponse de l'office Réponse de la régie Examen des Services de protection des enfants
dans les 180 jours et plus	Les Services de protection des enfants étudient les recommandations d'un examen en vertu de l'article 4 ou d'un rapport d'enquête et en assurent le suivi, s'il y a lieu.	Étude des Services de protection des enfants
dans les 240 jours et plus	Les Services de protection des enfants répondent à l'ombudsman par rapport aux recommandations du rapport d'enquête, s'il y a lieu.	Étude des Services de protection des enfants

Annexe 2A — Norme 1.7.4 (section 182)

Rapport au directeur et aux régies en cas de décès d'un enfant

1. **Office faisant rapport** — À moins qu'un autre office ne consente à déclarer le décès d'un enfant ou les blessures graves qui lui ont été infligées, l'office qui supervisait l'enfant placé ou qui fournissait des services à la famille d'un enfant non placé doit faire un rapport sur le décès ou les blessures de l'enfant. Si un enfant a été rendu aux soins de sa famille et que le dossier de la famille a été fermé au cours de l'année précédant le décès de l'enfant, il incombe à l'office qui a clos le cas de faire un rapport sur le décès.

2. **Rapport sur le décès d'un enfant placé** — L'office avise le directeur et sa régie d'autorisation dans l'heure qui suit l'avis de décès d'un enfant placé ou, si les renseignements sont reçus en soirée ou en fin de semaine, au plus tard à 10 h le jour ouvrable qui suit. Ce premier rapport peut être fait par téléphone, par télécopieur ou par courriel, et doit inclure :

- le nom, la date de naissance et le statut légal de l'enfant;
- le nom et l'adresse des parents ou des tuteurs de l'enfant;
- le nom de l'office qui place l'enfant ou assure sa tutelle s'il est différent de l'office qui fait le rapport;
- le nom des agents et des superviseurs assignés à l'enfant et à sa famille;
- la manière dont l'office a été avisé du décès de l'enfant et le nom de la personne qui l'a avisé;
- les circonstances connues entourant le décès y compris la date, l'heure, le lieu et les circonstances inhabituelles;
- toute information suggérant que le décès de l'enfant peut avoir été causé par des mauvais traitements;
- un sommaire du travail qu'effectue l'office auprès de l'enfant et de sa famille;
- les personnes avisées par l'office, tels les services de police, les parents, l'office de tutelle;
- toute autre mesure prise.

3. **Renseignements supplémentaires sur le décès d'un enfant placé** — Dans les 48 heures du premier rapport conformément à la Norme 1, l'office faisant le rapport fournit au directeur et à sa régie d'autorisation tout renseignement supplémentaire sur le décès d'un enfant placé, à savoir :

- le nom, l'adresse et le type de placement au moment du décès;
- les mises à jour des renseignements donnés dans le premier rapport;

- o un énoncé en détail des antécédents de placement de l'enfant et de la participation au cas de l'office faisant le rapport;
- o les renseignements obtenus jusqu'à présent qui proviennent de l'investigation menée par l'office ou par les services de police;
- o les noms et les âges des autres enfants dans le foyer où l'enfant décédé était placé et la possibilité que ces enfants courent des risques;
- o les mesures que l'office prévoit prendre;
- o si une autopsie a été pratiquée ou si elle le sera;
- o si des accusations ont été portées ou si elles le seront en vertu du *Code criminel* (Canada).

4. Rapport sur le décès d'un enfant non placé — L'office faisant le rapport avise le directeur et sa régie d'autorisation au plus tard à la fin du jour ouvrable suivant le moment où il est avisé du décès d'un enfant d'une famille qui a bénéficié de ses services pendant l'année écoulée. Ce rapport peut être fait par téléphone, par télécopieur ou par courriel, et doit inclure :

- o le nom, la date de naissance et le statut légal de l'enfant;
- o les noms, les adresses et la participation des parents ou des tuteurs, ainsi que des personnes avec qui l'enfant vivait;
- o le nom des agents et des superviseurs assignés à la famille;
- o la manière dont l'office a été avisé du décès de l'enfant et le nom de la personne qui l'a avisé;
- o les circonstances connues entourant le décès y compris la date, l'heure, le lieu et les circonstances inhabituelles;
- o un sommaire du travail que l'office a effectué auprès de la famille;
- o toute information indiquant que le décès de l'enfant peut être dû à de mauvais traitements;
- o les renseignements obtenus jusqu'à présent de l'investigation menée par l'office ou par les services de police;
- o le nom et l'âge des autres enfants dans le foyer où l'enfant décédé vivait et la possibilité que ces enfants courent des risques;
- o si l'enfant avait été placé auparavant, un énoncé détaillé de ses antécédents de placement et de la participation au cas de l'office faisant le rapport;
- o les personnes avisées par l'office, par exemple les services de police, les parents, l'office de tutelle;
- o les mesures que l'office prévoit prendre;

- o si une autopsie a été pratiquée ou si elle le sera;
- o si des accusations ont été portées ou si elles le seront en vertu du *Code criminel* (Canada).

5. Rapport sur des blessures graves infligées à un enfant placé — L'office faisant rapport avise le directeur et sa régie d'autorisation au plus tard avant la fin du jour ouvrable suivant lorsqu'il apprend qu'un enfant placé a été victime de blessures graves ayant pu causer son décès ou un handicap permanent comme l'a déterminé un médecin. Ce rapport peut être fait par téléphone, par télécopieur ou par courriel, et doit inclure :

- o le nom, la date de naissance et le statut légal de l'enfant;
- o le nom et l'adresse des parents ou des tuteurs de l'enfant;
- o le nom de l'office qui a placé l'enfant ou a assuré sa tutelle s'il est différent de l'office qui fait le rapport;
- o le nom des agents et des superviseurs assignés à l'enfant et à la famille de l'enfant;
- o la manière dont l'office a été avisé des blessures de l'enfant et le nom de la personne qui l'a avisé;
- o les circonstances connues entourant le décès y compris la date, l'heure, le lieu et les circonstances inhabituelles;
- o toute information suggérant que les blessures de l'enfant peuvent avoir été causées par des mauvais traitements;
- o un résumé du travail de l'office avec l'enfant et sa famille;
- o les renseignements obtenus jusqu'à présent de l'investigation menée par l'office ou par les services de police;
- o le nom et l'âge des autres enfants dans le foyer où l'enfant décédé était placé et la possibilité que ces enfants courent des risques;
- o les personnes avisées par l'office, par exemple les services de police, les parents, l'office de tutelle;
- o les mesures que l'office prévoit prendre;
- o si des accusations ont été portées ou si elles le seront en vertu du *Code criminel* (Canada).

6. Avis à la mère ou au père, ou au parent le plus proche — Lorsqu'il apprend le décès d'un enfant placé, ou les blessures graves qui lui ont été infligées, l'office faisant le rapport ou, lorsque cela est approprié et convenu par les deux parties, l'office qui a placé l'enfant ou qui a assuré sa tutelle, avertit le père ou la mère de l'enfant, ou son parent le plus proche, dans les 24 heures qui suivent ou aussitôt qu'il lui est raisonnablement possible de le faire après avoir appris le décès ou les blessures de l'enfant qui lui était confié.

7. **Autres rapports au directeur** — Dès la réception de renseignements supplémentaires au sujet du décès d'un enfant ou des blessures qui lui ont été infligées, la régie de l'office faisant rapport ou, si cela est approprié et convenu entre les deux parties, la régie de l'office adapté à la culture fait parvenir les renseignements au directeur. Ces renseignements comprennent les suivants :

- o les résultats de l'autopsie en ce qui concerne la cause du décès, dans le cas d'un enfant décédé;
- o les résultats des examens médicaux en ce qui concerne la cause du décès;
- o les résultats des investigations menées par l'office;
- o les résultats des investigations menées par les services de police dont le dépôt d'une accusation au criminel;
- o les autres mesures indiquées ou planifiées par l'office.

Références

AMNISTIE INTERNATIONALE. *On a volé la vie de nos soeurs — Discrimination et violence contre les femmes autochtones*, 2004. Rapport téléchargé à www.amnesty.ca le jeudi 24 août 2006.

ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. *Savoir et agir selon ce que nous savons : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations — Rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide*, Ottawa. L'étude peut être obtenue auprès de l'Assemblée des Premières Nations.

AWASIS AGENCY OF NORTHERN MANITOBA. *Report of 7th Annual General Meeting*, 2005. L'assemblée a eu lieu dans une collectivité de la nation de Peter Ballantyne.

AWASIS AGENCY OF NORTHERN MANITOBA. *Research Brief into Federal Funding Changes Regarding Services to Families Dollars Submission to First Nation Child and Family Task Force*, 1993. Rapport non publié pouvant être obtenu auprès de l'office Awasis.

BESHAROV, D. *When Drug Addicts Have Children: Reorienting Child Welfare's Response*. Washington, Child Welfare League of America, 1994.

BISHOP, A. *Becoming an Ally: Breaking the Cycle of Oppression*, Halifax, Fernwood Publishing, 1994.

BUREAU DU MÉDECIN LÉGISTE EN CHEF, *Annual Report 2003*, Justice Manitoba.

BUREAU DU MÉDECIN LÉGISTE EN CHEF, *Annual Report 2004*, Justice Manitoba.

CALLAHAN, M. « Debate: Risk Assessment in Child Protection Services—No: These Tools...Do Not Reduce Risk for Children », en anglais, dans la *Revue canadienne de service social*, vol. 18, n° 1 (2001), p. 157-163.

CARLSON, B. E. « Children's observations of inter-parental violence », dans A. R. Roberts, *Battered Women and Their Families*, New York, Springer, 1984.

CHENIER, N. *Le suicide chez les autochtones — Le rapport de la Commission royale*, Gouvernement du Canada, Bibliothèque du Parlement, 1995.

CHOCA, M., J. MINOFF, L. ANGENE, M. BYRNES, L. KENNEALLY, D. NORRIS, D. PEARN et M. RIVERS, « Can't do it alone: Housing collaborations to improve foster youth outcomes », dans *Child Welfare*, vol. 83, n° 5 (2004). p. 469-492.

CHUDLEY, A. « Fetal Alcohol Syndrome: A Preventable Cause of Birth Defects and Mental Retardation », dans *Manitoba Medicine*, vol. 61, n° 2 (1991), p. 53-56.

CHUDZIK, J. *Report on the Office of the Child Medical Examiner (OCME), Child Death Reviews involving Child and Family Services*, avril 1999, rapport non publié pouvant être obtenu auprès du Bureau du médecin légiste en chef du Manitoba, Canada.

COOK, P., D.K. WHITE et R.I. ROSS-RUSSELL. « Bereavement support following sudden and unexpected death: guidelines for care », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 87, n° 1 (2002), p. 36-38.

COURTNEY, M., I. PILIAVIN, A. GROGAN-KAYLOR et A. NESMITH. « Foster Youth Transitions to Adulthood: A Longitudinal View of Youth Leaving Care », *Child Welfare*, vol. 80, n° 6 (2001), p. 685-717.

DAWSON, R. « Debate: Risk Assessment in Child Protection Services-Yes: An integral part of casework practice », *Canadian Social Work Review*, vol. 18, n° 1 (2001), p. 151-155.

DEMAS, D. *Addressing Gaps in Services for On Reserve First Nations Children and Adults with Disabilities and their Families*, 2006. Rapport préparé et distribué par l'Assemblée of Manitoba Chiefs.

DUCHARME, C., D. MUSKEGO, A. MUSWAGON, C. PAUPANECKIS, M., MUSWAGON, W. SPENCE et J. RAMDATT. « *Promising Practices in First Nation Child Welfare: Kinosao Sipi Minisowin Agency Creating a Community Response for Special Needs Children* », s.d., consulté le 27 juillet 2006, sur le site Internet de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada : <URL:<http://www.fncfcs.ca>>.

ERIKSON, E. *Identity, youth and crisis*, New York, Norton Books, 1968.

Findings of the Working Group on the Fatalities Inquiries Act Respecting Section 10(1), Reviews of Child Deaths, fév. 2001. Rapport non publié pouvant être obtenu auprès du Bureau du protecteur des enfants du Manitoba (Canada).

FUCHS, D. « Preserving and strengthening families and protecting children: Social network intervention, A balanced approach to the prevention of child maltreatment », dans HUDSON J. et B. GALAWAY, *Child Welfare in Canada: Research and Policy Implications*, Toronto, Thompson Educational Press, 1995, p. 113-122.

FUCHS, D., L. BURNSIDE, S. MARCHENSKI et A. MUDRY. « *Les enfants atteints d'un handicap recevant des services d'organismes de protection de l'enfance du Manitoba* », oct. 2005, consulté le 17 juillet 2006, sur le site Internet du Centre d'excellence pour le bien-être des enfants : <URL:<http://www.oecw-cepb.ca>>.

GILGUN, J. « A Case for Case Studies in Social Work Research », *Social Work*, vol. 39, n° 4 (1994), p. 371-380.

GOLDNEY, R. « Suicide Prevention: a Pragmatic Review of Recent Studies », *Crisis*, vol. 26, n° 3 (2005), p. 128-140.

GOUVERNEMENT DU MANITOBA, *Loi sur les enquêtes médico-légales*, C.P.L.M, c. F52, 1990, consulté le 4 mai 2006, sur Internet :

<URL:<http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/f052f.php>>

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SUICIDE AU CANADA, *Le suicide au Canada, mise à jour du rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, 1994, Ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada.

GUSTAVSSON, N. et A. MACEACHRON. « When a Child Welfare Client Dies: An Agency-Centered Perspective », *Child Welfare*, vol. 83, n° 4 (2004), p. 317-340.

HUNT, C et F. HAUCK. « Sudden Infant Death Syndrome », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, n° 13 (2006), p. 1861-1869.

JACKSON, S. « Looking after children better: An interactive model for research and practice », dans Hudson, J. et B. Galaway. *Child Welfare in Canada: Research and Policy Implications*. Toronto, Thompson University Press, 1995, p 324-336.

« Joint statement from the Canadian Foundation for the Study of Infant Deaths, the Canadian Institute of Child Health and the Canadian Paediatric Society », *Paediatrics and Child Health*, vol. 4, n° 3 (1999), p. 223-224.

JONES, K. « Successfully Raising Resilient Foster Children That Have Fetal Alcohol Syndrome: What Works? », *Envision: The Manitoba Journal of Child Welfare*, vol. 3, n° 1 (2003), consulté le 2 septembre 2006, sur Internet : <URL:<http://www.envisionjournal.com>>

KUNZ, J et S. BAHR. « A Profile of Parental Homicide Among Children », *Journal of Family Violence*, vol. 11, n° 4 (1996), p. 347-362.

LEBSON, M. « Suicide Among Homosexual Youth », *Journal of Homosexuality*, vol. 42, n° 4 (2002), p. 107-117.

LEVENKRON, S. *Cutting, Understanding and Overcoming Self-Mutilation*, New York, W.W. Norton and Company, 1998.

LYONS, P., J. DOUECK, A. KOSTER, M. WITZKY et P. KELLY. « The Child Well-Being Scales as a Clinical Tool and Management Information System », *Child Welfare*, vol. 77, n° 2 (1999) p. 241-257.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU MANITOBA. *Projet Antigang — Guide à l'intention des parents et des membres de la collectivité*, s.d., sur Internet :

<URL:<http://www.gov.mb.ca/justice/safe/gangproof/ganghandbook2004.fr.pdf>>

MINISTÈRE DES SERVICES À LA FAMILLE ET DU LOGEMENT. *Protection de l'enfance et enfants maltraités — Protocoles à l'intention des travailleuses et des travailleurs sociaux*, s.d., Gouvernement du Manitoba. Document pouvant être obtenu auprès du ministère.

MINORE, B. et H. HOPKINS. *Suicide Response Plans: A Comparative Cross-Jurisdictional Analysis*. Lakehead University, Centre of Excellence for Children & Adolescents with Special Needs, 2003.

Preventing Drowning in Manitoba: A Review of Best Practices, préparé pour Santé Manitoba par Impact: the Injury Prevention Centre of Children's Hospital.

QUINONES-MAYO, Y. et P. DEMPSEY. « Finding the Bicultural Balance: Immigrant Latino Mothers Raiding 'American' Adolescents », *Child Welfare*, vol. 84, n° 5 (2006), p. 649-667.

REID, G., E. SIGURDSON, J. CHRISTIANSON-WOOD et A. WRIGHT. *Basic Issues Concerning the Assessment of Risk in Child Welfare Work*, 1995. Rapport pouvant être obtenu auprès de Grant Reid, Faculté de travail social de l'Université du Manitoba.

SANTÉ CANADA. *Savoir et agir : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, 2005, consulté le 20 juillet 2006, sur le site Internet de Santé Canada.

SANTÉ CANADA. *Le développement sain des enfants et des jeunes : Le rôle des déterminants de la santé*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1999.

SHAFFER, D. « The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors » *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 49, n° 9, supplément (1988), p. 36-41.

SOCIÉTÉ DE SOUTIEN À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE DES PREMIÈRES NATIONS DU CANADA. *Wen:De — Nous voyons poindre la lumière du jour*, 2005, consulté le 28 juillet 2006, sur Internet : <URL:<http://www.fncfcs.ca>>.

STRATTON, K., C. HOWE et F. BATTAGLIA. *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epistemology, Prevention and Treatment*, Washington, Institute of Medicine, National Academy Press, 1996.

SPIRITO, A et C. ESPOSITO-SMYTHERS. « Attempted and Completed Suicide in Adolescence ». *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 2 (2006), p. 237-266.

STREISSGUTH, A., H. BARR, J. KOGAN et F. BOOKSTEIN. « Primary and Secondary Disabilities in Fetal Alcohol Syndrome », dans STREISSGUTH, A. et J. KANTER, *The Challenge of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming Secondary Disabilities*, Washington, University of Washington Press, 1997.

TORRENCE, C. et K. HORNS. « Appraisal and caregiving for the drug addicted infant », *Neonatal Network*, vol. 8, n° 3 (1989), p. 49-59.

UMLAH, C. et T. GRANT. « Intervening to prevent prenatal alcohol and drug exposure: The Manitoba experience in replicating a paraprofessional model », *Envision, The Manitoba Journal of Child Welfare*, vol. 2, n° 1 (2003), p. 1-12. Consultable sur Internet : <URL:<http://www.envisionjournal.com>>

WESLEY-ESQUIMAUX et SMOLESKI. *Traumatisme historique et guérison autochtone*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2004.

WILLINGER M., L.S. JAMES et C. CATZ. « Defining the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): Deliberations of an Expert Panel Convened by the National Institute of Child Health and Human Development », *Pediatric Pathology*, vol. 11, n° 5 (1991), p. 677-684.

WOLF, A. *Get Out of My Life But First Could You Drive Me and Cheryl to the Mall—A Parent's Guide to the New Teenager*, HarperCollinsCanada Press, 1991.

Les personnes-ressources interviewées et consultées :

- *Michele Benoit*, Service de police de Winnipeg, Bureau des enquêtes criminelles
- *Burt Crocker*, directeur de la conformité, West Region Child and Family Services
- *Michelle Dubik*; conseillère en matière de politiques et de programmes, Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), Enfants en santé Manitoba
- *Randell Klaprat*; coordinateur de programme, Youth Emergency Crisis Stabilization Services, Macdonald Youth Services
- *Charlie Ferguson*, directeur, Centre de protection de l'enfance, Centre des sciences de la santé
- *Valerie Flynn*, Initiative sur l'ETCAF, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
- *Keith Hildahl*, directeur général, Manitoba Adolescent Treatment Centre;
Marg Synyshyn, directrice de programme, Manitoba Adolescent Treatment Centre
- *Anita Krohn*, travailleuse sociale auprès des foyers nourriciers, Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg
- *Trudy Lavallee*; spécialiste des services à l'enfant et à la famille, Assembly of Manitoba Chiefs
- *Wayne Reimer*, directeur de River Road Place, Centre St-Amant
- *Sid Rodgers*, Services de soutien à l'enfant et à la famille, gouvernement du Manitoba
- *Corbin Shangreaux*; directeur général, Animikii Child and Family Services

et tout le personnel des offices qui a fourni de précieux renseignements sur la vie des enfants visés par l'examen.