

Présentation à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse

par Jean Labbé

3 décembre 2019

Madame la présidente, mesdames et messieurs les commissaires,

Introduction

Lorsque j'ai été contacté pour livrer un témoignage à cette Commission, j'ai hésité pour deux raisons avant d'accepter. La première, c'est que je suis à la retraite depuis plus de six ans, j'ai donc perdu le contact direct que j'avais avec le système de protection et ses acteurs. La seconde, c'est que durant ma vie professionnelle, j'ai développé une expertise en maltraitance, mais cette expertise s'est limitée à l'évaluation médicale d'enfants et d'adolescents suspectés d'en être victimes. Ce travail m'a surtout permis d'observer des situations à l'entrée du système de protection, étant plus rarement impliqué pour des situations d'enfants pris en charge par le DPJ. Je n'ai donc pas la prétention d'être un expert en ce qui concerne l'ensemble du système de protection de l'enfance au Québec.

Malgré ces limites, je me risque à vous donner mon opinion sur quelques éléments concernant ce système. Je précise qu'il s'agit de mon opinion personnelle, puisque je ne suis pas ici à titre de représentant de quelque groupe que ce soit. Je me propose de traiter brièvement de la maltraitance et de sa complexité, avant d'aborder ma vision de notre système de protection et des intervenants qui y travaillent, pour ensuite discuter de certains aspects médicaux qui me paraissent pertinents.

Importance de la maltraitance envers les enfants

J'aimerais souligner en débutant, comme d'autres l'ont fait avant moi, que la maltraitance envers les enfants constitue un problème majeur de santé publique, en raison de sa grande fréquence et de ses conséquences délétères chez de nombreuses victimes. C'est vrai au Québec comme ailleurs. Aucune société contemporaine n'y échappe. Bien que les études épidémiologiques effectuées dans les pays occidentaux diffèrent quant à leur méthodologie, ce qui explique en partie les écarts dans les chiffres, le pourcentage de la population qui affirme avoir été victime d'une forme ou l'autre de maltraitance avant l'âge de 18 ans s'établit entre 10 et 30%, ce qui est énorme. Cette maltraitance est une cause significative de mortalité, surtout chez les jeunes enfants. Quant aux survivants, ils risquent d'en subir des séquelles pendant leur vie entière. À ces conséquences pour les individus s'ajoute le coût humain et financier que cela représente pour l'ensemble de notre société.

Imaginez un instant qu'un virus soit responsable d'autant de dommages chez un si grand nombre d'individus. La société en ferait sa priorité numéro 1 et mettrait tout en œuvre pour lutter contre ce virus et ses impacts. Pourquoi est-ce qu'on n'accorde pas la même attention à la maltraitance envers les enfants? N'est-il pas temps de mettre fin à notre aveuglement volontaire?

Complexité de la maltraitance

En regard de sa prévention

Ça ne veut pas dire qu'il s'agit d'une problématique facile à combattre. Au contraire. Qui dit maltraitance dit complexité. L'idéal serait bien sûr de la prévenir. Même si les facteurs de risque sont connus, on constate aussi de la maltraitance dans des milieux sans aucun facteur apparent. Par ailleurs, certains de ces facteurs constituent des défis de taille. Prenons la pauvreté. Tout le

monde s'entend sur sa relation quasi directe avec certaines formes de maltraitance comme la négligence. Même si on vous a mentionné que la pauvreté avait diminué au cours des dernières décades, vous conviendrez avec moi que son éradication n'est pas pour demain. Bien entendu, la lutte contre ce fléau doit demeurer dans les objectifs de nos gouvernements, sans être affectée par des compressions budgétaires.

Il y a certes des initiatives très intéressantes à encourager comme les centres de pédiatrie sociale en communauté qui se sont multipliés au Québec au cours des dernières années. Des témoins vous ont déjà parlé de ces 41 centres qui ont pour objectif de réduire ou d'éliminer les sources de stress toxique qui affectent le développement et le bien-être des enfants vivant en situation de vulnérabilité. Des recherches ont montré l'efficacité de cette approche globale pour répondre aux besoins psychoaffectifs des enfants et des parents. Ça fait certainement du sens de penser que ces centres contribuent à prévenir la maltraitance dans les familles vulnérables. Mais existe-t-il des études scientifiques ayant démontré une réduction des cas de mauvais traitements dans les régions du Québec desservies par ces centres? Pas à ma connaissance en tout cas.

C'est d'ailleurs la difficulté majeure à laquelle se heurte la prévention de cette condition. Qu'est ce qui est réellement efficace? On a mis beaucoup d'espoir dans des programmes de prévention ciblant des familles vulnérables comme les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), ou des programmes ciblant des formes spécifiques de maltraitance comme les abus sexuels. Mais leur efficacité n'a pu être démontrée que pour une très faible proportion d'entre eux, en raison des défis considérables posés par ce type de recherche évaluative. Et lorsqu'on réussit à en évaluer l'efficacité, on doit souvent déchanter. Prenons par exemple le programme de prévention du syndrome du bébé secoué. En 1998, un neurochirurgien américain du nom de Mark Dias a proposé un programme consistant en de l'information donnée aux nouveaux parents après l'accouchement, information portant sur les pleurs du

bébé et les moyens de les calmer ainsi que sur les dangers de le secouer. Son étude préliminaire montrait une réduction de près de la moitié des hospitalisations pour ce syndrome après l'instauration du programme. Fort de ce succès apparent, le programme a été implanté dans tout l'état de Pennsylvanie et il a été imité dans plusieurs autres régions, dont le Québec. Une équipe du CHU Sainte-Justine a mis sur pied au début des années 2000 un programme qui s'en inspirait largement, destiné aux hôpitaux ayant des services d'obstétrique. Le travail et les ressources nécessaires pour développer et mettre en œuvre ce programme ont été considérables. J'en ai été témoin. Malheureusement, en 2017, le même docteur Dias a fait état d'une étude beaucoup plus large portant sur près de 1,2 millions de naissances et ne montrant cette fois aucune réduction du nombre d'hospitalisations pour le syndrome du bébé secoué. Pire encore, une étude venant l'état de New York publiée en septembre dernier a révélé une augmentation des cas de bébés secoués sur leur territoire, malgré leur programme de prévention. Je cite cet exemple pour démontrer l'absolue nécessité de la recherche sur l'efficacité réelle des programmes de prévention, seul moyen de faire la distinction entre des programmes prometteurs et des programmes éprouvés. C'est pourquoi j'appuie sans réserve la proposition faite par monsieur Camil Bouchard la semaine dernière, soit la création d'un Centre d'implantation et de suivi de pratiques préventives éprouvées.

Peut-on au moins dépister précocement les familles à risque de maltraitance pour intervenir avant que ne survienne un drame? Les tentatives en ce sens, faites à partir des facteurs de risque, ont toutes présentées la même complication, soit un nombre élevé de faux positifs, ce qui a mené à leur abandon. Pas surprenant parce les facteurs de risque ne sont pas prédictifs, ils ne font qu'augmenter la possibilité que survienne une maltraitance.

En regard de la protection d'un enfant

En pratique, on est souvent obligé d'attendre des manifestations de mauvais traitements pour agir et c'est là qu'intervient notre système de protection. Mais quelle est la garantie qu'un enfant maltraité sera effectivement protégé? Encore faut-il que sa condition soit reconnue et que quelqu'un s'avise de faire un signalement au DPJ. Beaucoup de mauvais traitements se font à l'abri des regards. Les victimes sont trop jeunes, trop craintives ou trop honteuses pour les dévoiler. Beaucoup de témoins ne signalent pas les situations qu'ils constatent, par crainte de représailles ou par espoir d'améliorer les choses. Ce qui explique que les signalements ne représentent que la partie visible de l'iceberg. Une fois le signalement effectué, est-ce qu'il sera dans les 40% des signalements retenus? La vérificatrice générale a constaté que 20% des signalements non retenus faisaient l'objet d'un nouveau signalement dans les 12 mois suivants.

S'il est retenu, est-ce que l'évaluation permettra de conclure que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis? Complexité encore ici. La relation entre les problèmes constatés chez l'enfant et la maltraitance n'est pas toujours évidente. Des blessures peuvent avoir bien d'autres causes. Les abus sexuels n'entraînent que rarement des signes physiques. Les mauvais traitements psychologiques ne laissent aucune trace visible. Les responsables mentent bien souvent sur la cause véritable du problème. Les enfants ou bien sont trop jeunes pour parler, ou bien nient la maltraitance par crainte des conséquences du dévoilement. Combien de cas réels de maltraitance sont échappés à l'étape de l'évaluation par manque de preuves? La vérificatrice générale a constaté qu'un nouveau signalement est effectué dans les 12 mois suivants chez 15 à 23% des enfants dont le dossier est fermé à l'étape de l'évaluation. Et même si la maltraitance est démontrée, quelle sera la meilleure conduite à suivre dans l'intérêt de l'enfant? Devra-t-il être retiré de son milieu? La gestion du risque est un art difficile et la recherche dans ce domaine est encore à l'état embryonnaire. D'une part, le retrait de sa famille constitue un traumatisme supplémentaire pour

l'enfant, traumatisme pouvant être amplifié par des déplacements répétitifs en famille d'accueil ou par un placement inadéquat. D'autre part, il existe des familles toxiques et irrécupérables chez qui on ne peut absolument pas laisser d'enfants.

Notre système de protection de l'enfance

J'ai entendu beaucoup de commentaires négatifs concernant notre système de protection au cours des derniers mois. On serait porté à croire qu'il constitue un échec et que notre bilan dans ce domaine est pire qu'ailleurs. Pourtant, si l'on prend la peine d'examiner la performance des systèmes en place dans les autres provinces canadiennes, aux États-Unis, en Angleterre, en France ou ailleurs, on se rend compte que rien n'est plus faux. Des difficultés et des échecs dans la lutte à la maltraitance des enfants, il y en a partout. Et les critiques envers leurs systèmes sont remarquablement similaires à ce qu'on entend ici à propos du nôtre. Partout ce sont seulement les problèmes qui retiennent l'attention et non les milliers d'enfants que ces systèmes ont effectivement réussi à protéger.

À mon avis, dans les cas de mauvais traitements sévères, notre système de protection est efficace dans la majorité des cas. Il y a des exceptions bien sûr, comme le cas de cette fillette de Granby dont le décès dans des circonstances tragiques est à l'origine de votre commission. Après cet événement, j'ai entendu à plusieurs reprises des personnes en autorité mentionner qu'une telle situation ne devait jamais plus se reproduire. Je ne crois pas que cet objectif soit réaliste, malheureusement. Notre système actuel est certainement perfectible. Mais même s'il devenait le meilleur au monde, il sera tout de même géré par des humains. Gardons en tête la complexité de plusieurs situations de maltraitance et l'imprévisibilité du comportement humain. Comment prédire l'issue d'une situation de façon certaine? C'est tout simplement impossible.

Vouloir à tout prix n'échapper aucun cas de maltraitance présenterait nécessairement un risque d'excès dans le sens contraire. La prise de mesures élargies de précaution conduirait à augmenter la suspicion envers des familles vulnérables ou marginales mais non maltraitantes. Or l'intrusion de la DPJ dans ces familles n'est pas un événement banal, surtout si elles n'ont rien à se reprocher. Des étrangers interviennent carrément dans leur intimité, posent des questions souvent embarrassantes et intrusives. Les parents se sentent soupçonnés et à la limite peuvent se faire enlever leurs enfants, le temps que la situation soit éclaircie. Cet événement peut laisser des traces : sentiment d'injustice, frustration, colère, méfiance envers l'autorité, crainte de consulter à nouveau des professionnels de la santé.

À mon avis, l'objectif véritable que l'on doit rechercher, c'est d'améliorer notre système afin de diminuer le plus possible le risque qu'une situation comme celle de Granby se produise à nouveau, tout en évitant de perturber des familles innocentes. Comment y arriver? Dans les témoignages qui vous ont été présentés à date, il me semble que les problèmes se situent davantage au niveau du fonctionnement du système. La fusion des Centres jeunesse à l'intérieur des CISSS a entraîné des défis sans précédent à relever au niveau des ressources humaines. Les travailleurs de la DPJ sont aux prises avec des conditions de travail fort difficiles : nombre trop élevé de situations à gérer, manque de soutien, manque de rétroaction, conflit entre reddition de comptes et éthique professionnelle. On a recommandé certains correctifs dont l'augmentation des ressources pour faire face à la hausse constante des signalements à traiter. Fort bien. Mais y aurait-il moyen de diminuer le nombre de situations auxquelles les DPJ doivent faire face? Je vois deux possibilités.

Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, la DPJ est un outil approprié à mon avis pour les cas graves de maltraitance. Mais peut-être que ce système est trop lourd pour les cas moins sérieux? Bien des signalements sont faits pour des situations où les parents ne demanderaient pas mieux que de recevoir de l'aide

pour améliorer leurs conditions de vie difficiles et leurs capacités parentales. Dans une société idéale, ces familles seraient identifiées et recevraient une aide diversifiée par des services de première ligne, ce qui réduirait probablement le risque de signalement. Est-ce qu'on a les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de ces familles dans toutes les régions du Québec? Je pose la question sans être en mesure d'y répondre. En second lieu, après un signalement, on a évoqué devant vous certains inconvénients liés à une intervention trop rapide du DPJ dans des cas de négligence légère à modérée. On a préconisé le modèle de la réponse alternative utilisée aux États-Unis où la prise en charge de ces situations est confiée à des services de première ligne. L'idée est intéressante et mérite certainement d'être étudiée. Il faut garder en tête cependant qu'il n'est pas toujours évident de départager entre une négligence légère, modérée ou sévère. Dans l'hypothèse où les DPJ adoptent ce modèle, il leur faudra procéder à une certaine analyse des situations avant de choisir une réponse alternative.

Intervenants-DPJ

Un mot concernant les intervenants-DPJ. J'éprouve un malaise à chaque fois qu'ils sont âprement critiqués par les médias et le public, ce qui se produit inmanquablement lorsqu'un cas de maltraitance semble avoir échappé au système ou qu'au contraire des parents se plaignent d'avoir été suspectés à tort de maltraitance envers leur enfant. J'ai eu l'occasion de travailler avec bon nombre d'intervenants à titre de consultant médical pour les DPJ de Québec et de Chaudière-Appalaches. J'ai pu constater chez la plupart d'entre eux un grand professionnalisme et un souci véritable du bien-être des enfants qu'ils tentaient de protéger. A-t-on vraiment idée de la tâche qui leur incombe? J'ai mentionné tout à l'heure leurs difficiles conditions de travail. Il ne faut pas oublier non plus l'énorme charge émotionnelle liée à cette activité. Ces intervenants sont confrontés régulièrement à des enfants souffrants, à des parents souffrants. Placés en contexte d'autorité, ils doivent affronter l'agressivité de certains

individus, essayer leurs injures et même recevoir des menaces. Ils ont sans cesse à prendre des décisions difficiles et doivent vivre avec leurs conséquences. Combien d'entre eux sont torturés par la crainte de décisions mal avisées qui pourraient éventuellement mener à un drame? Comment leurs détracteurs peuvent-ils penser qu'ils feraient mieux qu'eux dans de telles conditions?

Comme le service qu'ils rendent aux enfants victimes, et, par conséquent, à la société tout entière, est énorme, il conviendrait de les valoriser, plutôt que de les dénigrer. Le travail pour la DPJ est tellement particulier et complexe qu'il vaudrait la peine d'exiger pour les nouveaux postulants une formation supplémentaire de niveau universitaire. Leur rémunération serait haussée en conséquence et leurs conditions de travail bonifiées dans l'espoir d'attirer les meilleurs éléments et de les garder en poste.

Aspects médicaux

Passons maintenant aux aspects médicaux. En raison de leurs contacts avec les parents et les enfants pour des problèmes de santé physique et mentale, en raison aussi de leur accès au corps de ces derniers, les médecins sont très bien placés pour détecter des signes de maltraitance. Encore faut-il qu'ils les reconnaissent pour ensuite pouvoir les signaler. Plusieurs médecins sont inconfortables face à une situation possible de maltraitance. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : méconnaissance de cette condition qui peut prendre diverses facettes, crainte de se tromper, crainte que leur action nuise au final à l'enfant et à sa famille, peur de perdre le lien thérapeutique essentiel à une relation d'aide, peur d'un éventuel témoignage au tribunal, manque de confiance dans le système de protection. Il y aurait donc de l'amélioration à apporter à ce niveau, notamment du côté de la formation donnée aux futurs médecins par les milieux universitaires. Dans les facultés de médecine actuellement, il n'y a

aucune proportion entre le nombre d'heures consacrés à la maltraitance envers les enfants et l'importance de ce problème.

L'expert médical

Un autre rôle important, c'est celui de consultant ou d'expert médical en protection de l'enfance ou en socio-juridique. Plusieurs présumées victimes de maltraitance bénéficient de l'intervention d'un médecin pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- Détecter des problèmes de santé
- Fournir des soins médicaux exigés par la condition de l'enfant
- Interpréter des signes physiques et des blessures
- Contribuer au diagnostic de maltraitance

Tout médecin est tenu de fournir des soins à un enfant quels que soient les circonstances, il va sans dire. Il en va autrement lorsque le DPJ désire une aide médicale qui a pour but de l'aider à déterminer si un enfant est victime ou non de maltraitance. Le mieux placé pour remplir ce rôle est celui qui a acquis une connaissance particulière dans ce domaine. Le médecin intéressé à devenir expert en maltraitance, un pédiatre habituellement, doit se former par des lectures, des participations à des congrès spécialisés, des stages dans des centres hospitaliers ayant une équipe dédiée à la maltraitance. Les seuls programmes de spécialisation pédiatrique dans cette discipline se retrouvent toutefois aux États-Unis. Le médecin expert doit se conformer aux standards de pratique nord-américains et internationaux. Il doit aussi être régulièrement amené à effectuer des évaluations médicales auprès de présumées victimes et participer à un processus de révision par les pairs pour maintenir son expertise. Il lui faut avoir accès à un plateau technique de pointe et à des consultants dans d'autres spécialités. C'est pourquoi, en pratique, ces experts se retrouvent essentiellement dans les centres universitaires. Quand un médecin pratiquant en région éloignée des grands centres offre des services d'évaluation en protection

de l'enfance, il est irréaliste de croire qu'il pourrait acquérir et maintenir une expertise suffisante pour faire face à toutes les situations. Il devra à l'occasion en référer à un collègue ayant davantage de compétence et d'expérience.

L'entente multisectorielle

Un mot sur l'entente multisectorielle. Cette entente concerne les enfants présumés victimes d'un abus physique, d'un abus sexuel ou d'une absence de soins menaçant sa santé physique. L'équipe de base est constituée d'un intervenant-DPJ, d'un policier et d'un procureur aux poursuites criminelles et pénales qui peuvent s'échanger des renseignements pertinents concernant le signalement. Le médecin ne fait pas partie de cette équipe de base mais il est impliqué à titre de collaborateur selon le cas. À mon avis, un médecin expert devrait faire partie de l'équipe de base dans les grands centres, puisque l'entente multisectorielle concerne des situations où l'expertise médicale est souvent essentielle. Et cette expertise ne peut être complètement valide que si le médecin a accès à des informations confidentielles connues des membres de l'équipe de base.

La collaboration interdisciplinaire

Un magnifique exemple de collaboration interdisciplinaire est le Service intégré en abus et maltraitance de Québec (SIAM). Cette offre de service regroupe une douzaine de partenaires impliqués, ce qui permet aux enfants, aux adolescents et à leurs familles de recevoir sous un même toit des services intégrés d'évaluation clinique, d'enquête, de traitement et de soutien. Cette approche multidisciplinaire gagnerait à être imitée dans les autres centres universitaires au Québec. Je ne vous en parle pas davantage puisque vous aurez l'occasion de rencontrer leur équipe demain.

La santé des enfants de la DPJ

Comme je vous l'ai mentionné au début de ma présentation, j'ai moins souvent eu l'occasion de rencontrer des enfants pris en charge par le DPJ, placés en famille ou en centre d'accueil. Vous avez entendu plusieurs témoignages bouleversants de certains de ces jeunes qui ont vécu un parcours extrêmement difficile au sein du système. Je suis très mal placé pour en discuter, sauf pour un élément particulier. Lors de visites médicales pour des enfants placés, il m'est arrivé de constater à leur examen des problèmes de santé sans relation avec la raison pour laquelle la DPJ demandait mon opinion. Si les enfants étaient accompagnés par leur famille d'accueil et un intervenant-DPJ, ces derniers ne savaient habituellement rien de l'histoire médicale de l'enfant ni de ses antécédents familiaux, ce qui m'empêchait de poser un diagnostic adéquat et de faire des recommandations appropriées. Si par contre l'enfant était de retour dans sa famille naturelle après un long séjour en famille d'accueil, même méconnaissance, cette fois par les parents, sur la situation médicale de l'enfant durant son passage en famille d'accueil. Or l'examen physique seul est insuffisant pour poser un diagnostic médical. L'élément le plus important, c'est l'histoire de cas, donc les informations fournies par le donneur de soins au sujet de l'enfant. Mon point est le suivant. Les enfants placés par la DPJ ont souvent des problèmes de santé physique ou mentale en lien ou non avec la maltraitance subie. Si la responsabilité du DPJ est de les protéger, qui s'occupe de leur assurer des soins de santé appropriés?

Comité d'examen de décès d'enfants

Un médecin peut aussi être appelé à participer à des structures qui ont un lien avec la maltraitance, comme un Comité d'examen de décès d'enfants. On en doit l'origine à un pédopsychiatre américain qui était convaincu de la sous-estimation des homicides d'enfants, particulièrement chez les plus jeunes. Il avait

vu juste puisque les comités qu'il a mis sur pied ont permis de réaliser qu'au moins la moitié des meurtres d'enfants n'étaient pas identifiés, surtout en bas âge. Les décès de nourrissons par homicide surviennent habituellement sans témoin dans le secret des domiciles et peuvent ne laisser aucune trace externe de violence, comme dans les cas de suffocation ou de bébé secoué. S'il y a des blessures, elles sont imputées à des accidents. Les Comités d'examen de décès d'enfants sont multidisciplinaires et se composent au minimum d'un coroner, d'un représentant des services de protection, d'un médecin, d'un policier et d'un procureur. Ils font l'analyse des décès d'enfants dans une région donnée en s'attardant principalement sur les décès survenus de façon subite et inattendue : révision des dossiers médicaux, des rapports de police, des rapports de coroner.

En 1997, deux comités d'examen de décès d'enfants ont été mis sur pied à titre de projet pilote, l'un à Montréal et l'autre à Québec. Celui de Montréal a cessé ses activités après quelques années mais celui de Québec fonctionne toujours, quoique son rôle se soit grandement modifié. J'ai eu le privilège d'en assurer la présidence jusqu'à ma retraite en 2013. Dès le début de son fonctionnement, le comité a permis d'identifier des homicides d'enfants qui avaient échappé aux enquêtes du coroner. Par la suite, le comité a servi de consultant aux coroners et les protocoles d'investigation d'un décès d'enfant se sont améliorés à un point tel que le comité n'a pas identifié d'autres homicides leur ayant échappé.

Après mon départ, pour mettre fin aux difficultés liées à la transmission de données confidentielles, le comité est devenu sous la responsabilité du bureau du coroner. De régional qu'il était au départ, le comité est devenu provincial avec l'ajout d'autres professionnels dont un pathologiste médico-légal et un épidémiologiste de l'Institut national de santé publique du Québec. Le comité sert toujours de consultant pour les coroners qui désirent de l'aide dans leur enquête sur une mort suspecte d'enfant. Toutefois, leur activité principale réside dans la révision des tous les décès de jeunes de moins de 18 ans qui font l'objet d'une enquête du coroner au Québec, révision qui s'effectue après le dépôt du rapport

du coroner. Son objectif ne se limite pas à la détection d'homicides, mais il a pour but de comprendre comment et pourquoi certains enfants décèdent, afin de prévenir d'autres décès. Le comité a également une mission d'enseignement sur les meilleures pratiques quant à l'investigation d'un décès d'enfant et s'assure que les outils utilisés soient les mêmes dans toutes les régions.

Difficulté du travail médical en protection de l'enfance

Je m'en voudrais de terminer ce chapitre sans souligner le courage des médecins qui œuvrent en protection de l'enfance. Ce n'est pas un travail facile, croyez-en mon expérience, puisqu'on est régulièrement exposé, comme les intervenants de la DPJ, à des situations très pénibles à vivre. On est aussi rongé par la crainte de faire des erreurs, dans un domaine où l'erreur est inacceptable en raison des conséquences tragiques possibles pour l'enfant et sa famille. On n'échappe pas non plus aux critiques, aux plaintes professionnelles et au risque de se voir attaquer sur les réseaux sociaux et dans les médias, alors que le secret professionnel nous empêche de nous défendre. Pas étonnant qu'il y ait plusieurs abandons en cours de route et peu de candidats pour la relève. Je salue aussi en passant les responsables de l'Association des médecins en protection de l'enfance du Québec (AMPEQ) qui permettent de garder un lien entre les médecins experts, de soutenir leur formation continue et aussi de sensibiliser d'autres médecins aux aspects médicaux de cette problématique.

Conclusions

Laissez-moi vous rappeler quelques points en terminant :

- La maltraitance envers les enfants est un problème majeur de santé publique
- Il s'agit d'une problématique complexe et l'efficacité de la plupart des moyens recommandés pour la prévenir demeure à démontrer

- Les difficultés que connaît notre système de protection ne sont pas uniques au Québec et se rencontrent partout ailleurs en Occident
- L'objectif du système de protection devrait viser la réduction des cas de maltraitance tout en évitant le piège de l'intervention excessive
- Notre système de protection m'apparaît approprié pour les cas lourds mais il est peut-être trop lourd pour les cas moins sévères. Il pourrait éventuellement être moins sollicité avec une meilleure offre de services en amont pour les parents en difficulté. Le modèle de la réponse alternative utilisé par des services de protection aux États-Unis pourrait s'avérer intéressant pour nos DPJ
- Les intervenants-DPJ font pour la plupart un travail aussi difficile que nécessaire qui mériterait d'être valorisé. Il serait souhaitable de mieux les former et de leur fournir des conditions de travail plus intéressantes
- Dans les centres universitaires, il y aurait avantage à ce qu'un médecin expert en protection de l'enfance soit intégré à l'équipe de base de l'entente multisectorielle
- Les professionnels de la santé, dont les médecins, devraient être mieux formés pour la détection de la maltraitance et la protection des victimes
- Il faudrait s'assurer que quelqu'un assume la responsabilité des soins de santé physique et mentale des enfants de la DPJ et non seulement leur protection

Merci de votre attention.

Jean Labbé
Professeur émérite
Département de pédiatrie
Faculté de médecine
Université Laval