

AMPEQ

Association des médecins
en protection de l'enfance du Québec



MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS EN PROTECTION DE L'ENFANCE DU QUÉBEC

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

Décembre 2019

L'Association des médecins en protection de l'enfance du Québec (AMPEQ) est un organisme à but non lucratif qui est immatriculé au Registre des entreprises du Québec.

L'AMPEQ poursuit les buts suivants :

1. Regrouper les médecins qui s'impliquent au niveau de la protection des enfants victimes d'abus et de négligence.
2. Favoriser les échanges avec tous les organismes privés, publics et/ou professionnels œuvrant au niveau de la protection des enfants victimes d'abus et de négligence.
3. Promouvoir les connaissances et l'expertise des divers organismes œuvrant dans le milieu.
4. Favoriser par divers moyens la compétence et l'expertise de tout professionnel œuvrant dans le milieu.

La principale activité de l'AMPEQ consiste en une Journée annuelle de formation continue à laquelle sont conviés les pédiatres, médecins de famille ou autres spécialistes intéressés à la pédiatrie de la maltraitance ainsi que tous les professionnels œuvrant dans ce domaine (infirmières, travailleurs sociaux, psychologues et autres intervenants). Elle distribue mensuellement par courriel aux membres une revue annotée de la littérature la plus récente sur la pédiatrie de la maltraitance par le biais d'une collaboration de la Helfer Society (USA).

Des représentants de l'AMPEQ ont été invités à participer en 2007 au *Comité de travail sur les lignes directrices pour le développement d'un réseau médicosocial en protection de l'enfance*.

La pédiatrie de la maltraitance est reconnue comme une surspécialité de la pédiatrie aux USA depuis une dizaine d'années, et comme un domaine de compétence ciblée par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada depuis 2015.

Ont participé à la rédaction de ce mémoire :

Dre Anne-Claude Bernard-Bonnin	(présidente sortante)
Dr Francis Livernoche	(membre)
Dre Clara Low-Décarie	(membre-officier)
Dre Krystel Toulouse	(membre-officier)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. LE MÉDECIN DANS LE PROCESSUS D'INTERVENTION DE LA DPJ	2
1.1 Étape du signalement	2
1.2 Étape d'évaluation/orientation.....	3
1.3 Étape de l'application des mesures.....	4
1.4 Étape de la fin de l'intervention.....	5
II. ENJEUX MÉDICAUX DES ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE.....	6
III. INTÉRÊT ET DROITS DE L'ENFANT.....	8
IV. ENJEUX DE COMMUNICATION ENTRE PARTENAIRES.....	9
V. PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE	11
CONCLUSION	14
BIBLIOGRAPHIE.....	14
RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS.....	15

INTRODUCTION

La Convention des Droits de l'Enfant adoptée par les Nations Unies en 1989 établit l'obligation de respecter les principes suivants :

1. Tout enfant a le droit à une alimentation saine, des vêtements appropriés, et un lieu sécuritaire où vivre.
2. Tout enfant a le droit à l'éducation et à une scolarisation aussi avancée que possible pour le plein développement de ses capacités.
3. Tout enfant a le droit aux meilleurs soins médicaux possible.
4. Tout enfant a le droit au respect de son intégrité.
5. Tout enfant a le droit d'être protégé de la violence sous quelques formes que ce soit, et de toute négligence à son endroit.

En résumé, tout enfant doit vivre dans un milieu épanouissant, chaleureux, stable et stimulant avec des parents/figures parentales capables de lui permettre de grandir et de se développer au meilleur de ses capacités.

De par leur profession, les pédiatres sont particulièrement interpellés par ces principes. C'est ainsi qu'en 1996, un groupe de pédiatres a décidé de fonder une association dédiée à la protection de l'enfance, soit l'Association des médecins en protection de l'enfance du Québec (AMPEQ).

D'entrée de jeu, nous désirons réaffirmer que les pédiatres sont conscients de leurs responsabilités professionnelles pour les enfants les plus vulnérables au Québec. Ils ont à cœur de collaborer avec la DPJ pour la défense des droits des enfants et leur protection. Ils reconnaissent les défis qui incombent à la DPJ, « au front » de la plus grande misère sociale qui soit, et doivent composer dans un contexte de ressources très insuffisantes pour la gravité des cas.

Les constats et recommandations de ce mémoire découlent d'un processus de réflexion commune des membres de l'AMPEQ et se reposent sur l'expérience de médecins pratiquant dans une diversité de milieux au Québec (centres universitaires, régionaux et pratique privée). Une consultation en ligne s'est déroulée du 31 octobre au 22 novembre 2019.

I. LE MÉDECIN DANS LE PROCESSUS D'INTERVENTION DE LA DPJ

Le médecin est appelé à collaborer aux différentes étapes du processus d'intervention de la DPJ, du signalement à la fermeture du dossier. Il existe une certaine disparité entre les régions, mais des constats principalement d'ordre structurel ont été relevés lors de la consultation des membres de l'AMPEQ.

1.1 Étape du signalement

Une grande majorité de cliniciens estime avoir un accès facile et relativement rapide à un intervenant de la DPJ via le numéro de téléphone diffusé régionalement. L'anonymat est respecté et apprécié des personnes qui signalent. L'écoute des préoccupations du professionnel ainsi que le recueil des informations se fait de manière appliquée. **Lors du traitement du signalement, il peut advenir que l'intervenant n'ait pas la même perception de gravité que le médecin quant aux faits divulgués et à leur impact sur l'enfant. En ce sens, l'expertise du pédiatre, spécialiste de la santé de l'enfant, ne semble pas toujours être considérée à cette étape du processus.** Dans certaines situations particulièrement préoccupantes, le médecin a dû faire des démarches supplémentaires afin d'interpeller le supérieur de l'intervenant, parfois même le DPJ, pour que le signalement soit retenu. À d'autres occasions, la répétition des signalements a été nécessaire en concertation avec un autre milieu partageant les mêmes préoccupations. Cela engendre des démarches inutiles et retarde la prise en charge d'une famille en besoin.

Ces divergences de point de vue nous semblent attribuables à une mauvaise compréhension des enjeux médicaux auxquels font face les médecins en maltraitance. **Le signalement d'un médecin rapportant une situation de négligence ne semble pas recevoir le même traitement que des allégations d'abus physiques ou sexuels.** Il nous faut argumenter davantage pour que le signalement soit retenu même si le préjudice causé à l'enfant sur son développement nous semble manifeste. À l'opposé, dans les cas d'abus sexuels anciens, un rendez-vous médical est souvent sollicité d'urgence par l'intervenant DPJ. Or, les limitations de l'examen physique sont bien connues dans ce contexte et l'absence de lésions n'exclut en rien la possibilité d'un abus. Certaines initiatives favorisent une meilleure compréhension des enjeux et des rôles respectifs, tel un numéro de téléphone distinct permettant à une clinique de maltraitance de rejoindre un répondant spécialement formé en sévices physiques ou la désignation d'un intervenant pivot de la DPJ dédié à la liaison avec le milieu médical.

Contrairement à l'intention inscrite dans la LPJ sur la rétroaction aux collaborateurs, **le verdict concernant un signalement retenu ou non est partagé de manière inconstante au médecin.** L'échange peut se faire par téléphone ou par lettre. La rétroaction sur les signalements pour négligence demeure particulièrement rare.

Recommandations :

- Considérer l'expertise pédiatrique lors d'un signalement compte tenu du rôle particulier du pédiatre dans l'évaluation de la sécurité et du développement des enfants.
- Informer le médecin si le signalement est retenu ou non, de manière écrite ou verbale, dans un esprit de rétroaction aux collaborateurs.

1.2 Étape d'évaluation/orientation

Il ressort de notre consultation que nous sommes peu interpellés par les intervenants de la DPJ à l'étape de l'évaluation. Il est rare que nos impressions sur la famille ou la santé de l'enfant soient sollicitées, à moins que nous ne soyons nous-mêmes les signalants. Or, en tant que médecins, nous avons un accès privilégié au vécu de ces familles. Nous pourrions ainsi contribuer à l'évaluation de la DPJ par notre connaissance intime de la dynamique intrafamiliale et de ses impacts sur l'enfant. **En tant que professionnels exercés au jugement clinique, nous pourrions envisager une collaboration plus étroite lors de la prise de décision et de l'orientation de notre patient, dans un esprit de responsabilité partagée en soutien aux équipes DPJ.**

Si un contact s'établit, le recueil unidirectionnel d'informations factuelles de la part de la DPJ reste souvent l'unique objectif de l'échange. **Lorsque nous cherchons à obtenir davantage de précisions sur les motifs de compromission, nous pouvons nous heurter à un refus de l'intervenant sous couvert de confidentialité. Les renseignements demandés, circonscrits au vécu de l'enfant, nous sont pourtant indispensables pour assurer adéquatement le suivi médical.** Nous comprenons l'importance de la confidentialité, étant nous-mêmes tenus au secret professionnel par notre code de déontologie, mais dans les conditions exceptionnelles de l'application de la LPJ, un partage d'informations ciblé devrait être facilité.

Recommandations :

- Solliciter l'apport du médecin à l'évaluation du signalement et l'inclure davantage dans le processus décisionnel visant l'orientation du patient dans un esprit de responsabilité partagée.
- Transmettre au médecin traitant les renseignements recueillis lors de l'évaluation du signalement qui sont pertinents, circonscrits à son patient et qui peut influencer la prise en charge médicale (minimalement, le motif de compromission).

1.3 Étape de l'application des mesures

Il nous semble essentiel que le médecin traitant soit avisé dès lors qu'un de ses patients est suivi par la DPJ. En connaissance de cause, nous nous appliquerions à rechercher et à prévenir les conséquences physiques et psychologiques associées à la problématique identifiée. Par exemple, une attention particulière sera accordée à la dimension psychoaffective de l'enfant dans une situation de violence conjugale ; ou un examen plus extensif de la peau se fera dans tel autre cas à risque d'abus physique. Actuellement, cette communication entre la DPJ et le corps médical n'est pas systématique. **Dans une majorité de cas, ce sont les parents qui finissent par s'ouvrir sur leur suivi DPJ sans que nous puissions juger de la fiabilité des informations transmises ni de leur pleine reconnaissance des faits.**

Toutefois, lorsqu'il y a une collaboration avec la DPJ, l'ensemble des pédiatres consultés reconnaissent les efforts déployés et la haute qualité du travail des intervenants auprès des familles. Dans la mesure du possible, ces derniers assistent aux rendez-vous médicaux ou s'informent *a posteriori* des impressions du clinicien. Il s'agit d'un rare moment d'échanges où parents et intervenants impliqués peuvent se mettre au diapason de la situation actuelle de l'enfant dans le cadre non menaçant de l'entrevue médicale. **Le respect des recommandations médicales ainsi que l'assiduité aux rendez-vous sont fortement améliorés s'il y a une implication de l'intervenant DPJ à l'application des mesures.** Cette façon de faire nous semble optimale pour tous. Il faut souligner que la mise sur pied de cliniques spécialisées en maltraitance, possibles tant dans les hôpitaux régionaux qu'universitaires, facilite grandement la réalisation de telles rencontres.

Cela étant, **les lacunes majeures de ce secteur tiennent avant tout à des considérations organisationnelles, déplorable résultat d'un sous-financement chronique des DPJ, et non aux compétences individuelles des intervenants.** Dans l'ensemble des régions du Québec, nous retrouvons des intervenants à bout de souffle freinés par les exigences bureaucratiques et n'arrivant pas à libérer suffisamment de temps pour les visites de leurs familles ; nous assistons à un roulement continu d'intervenants fragilisant durablement le lien de confiance entre la DPJ et les familles ; nous constatons des ressources professionnelles spécialisées (psychoéducateur, psychologue) nettement insuffisantes pour répondre à l'ampleur des besoins des enfants.

Recommandations :

- Encourager l'intervenant DPJ à l'application des mesures d'entrer en contact avec le médecin traitant, après avoir obtenu le consentement de la famille.
- Encourager le partage bidirectionnel des informations cliniques et la présence des intervenants de la DPJ aux rendez-vous médicaux.
- Assurer la stabilité des ressources professionnelles au sein des services de protection de la jeunesse en adoptant des stratégies de rétention de personnel, d'accommodement et de réorganisation du travail.

1.4 Étape de la fin de l'intervention

La plupart des médecins consultés rapportent ne pas être avisés lors de l'arrêt des services DPJ à leur patient. Encore une fois, l'information nous est transmise à la discrétion des parents eux-mêmes.

Après l'arrêt de l'intervention de la DPJ, l'implication volontaire des familles reste précaire et plusieurs parents ont de la difficulté à s'y retrouver dans les méandres compliqués du système de santé. Nous pouvons alors rencontrer un relâchement dans l'assiduité des rendez-vous médicaux ou une démobilitation des familles. **Nous restons alors un des seuls filets de sécurité pour ces enfants et le gardien involontaire des mesures décidées par la DPJ au moment de la fermeture du dossier.** Il nous revient souvent de veiller au maintien des services offerts aux familles dans le réseau.

Afin de maximiser les chances d'une transition harmonieuse, certains mécanismes devraient être implicites à la fin de l'intervention de la DPJ. D'abord, il faudrait en aviser les professionnels impliqués. **Ensuite, le relais aux services de première ligne (CLSC) devrait être assuré tout en maintenant l'implication de la DPJ durant la période de transition des services.** Après quelques mois de services « volontaires », un suivi devrait être fait par l'intervenant DPJ auprès des professionnels afin de s'assurer du maintien des acquis.

Deux écueils peuvent survenir au moment du retrait de la DPJ. D'abord, un intervalle sans services alors que les familles sont inscrites sur les listes d'attente des programmes CLCS. Cette interruption nuit grandement à la mobilisation déjà précaire des familles. Deuxièmement, **la réalité des services volontaires fait qu'après quelques absences aux rendez-vous, les services aux familles sont retirés. Ces décisions administratives ne tiennent pas compte de la situation des familles vulnérables et se font au détriment des enfants.** Une plus grande souplesse devrait s'opérer au sein du réseau pour ces familles, en misant principalement sur la construction de liens de confiance avec les parents, restés méfiants du système après leur passage avec la DPJ. Nous devons tous adapter nos attentes envers ses parents aux vécus souvent traumatiques en adoptant plutôt une approche de réduction des méfaits.

Recommandations :

- Au moment de la fermeture d'un dossier, inclure dans l'entente avec les parents d'informer le médecin traitant du retrait de la DPJ.
- Assurer un relais automatique, sans interruption de service, aux services professionnels de première ligne ou aux organismes communautaires, en assurant une transition avec les services de la DPJ pendant quelques mois.
- Adapter les exigences administratives des services de première ligne et adopter une approche soutenant envers les familles dans le but de rétablir les liens de confiance avec le réseau.

II. ENJEUX MÉDICAUX DES ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE

Une évaluation médicale est recommandée par l'Académie américaine de pédiatrie pour tous les enfants placés en famille d'accueil dès les premiers jours de leur placement ainsi qu'un suivi médical rapproché par la suite. Ceci est tout aussi valable pour les enfants dont le signalement est retenu par la DPJ ainsi que pour leur fratrie. Outre les lésions qui doivent être documentées et prises en charge dans un contexte d'abus, **ces enfants et adolescents nécessitent une prise en charge globale de leurs problèmes multiples tant sur le plan de la santé physique et mentale que sur le plan du développement cognitif et affectif.**

Ainsi, des efforts devraient être déployés pour une plus grande reconnaissance de la pédiatrie sociojuridique au sein du réseau. Des notions importantes de la maltraitance devraient être communiquées aux intervenants de la DPJ, mais également à l'ensemble des professionnels de la santé œuvrant auprès des enfants. **Une formation appropriée — à laquelle les membres de l'AMPEQ pourraient participer — permettrait aux professionnels de mieux comprendre les enjeux cliniques en lien avec les abus physiques et sexuels (lésions sentinelles suspectes, investigations, trousse médico-légale pour abus sexuel).** Cet enseignement pourrait se faire dans le cadre de la formation universitaire préalable à l'embauche, mais devrait aussi être inclus dans la formation continue au personnel de la DPJ. Aux yeux des médecins consultés, **une insistance devrait être mise sur l'apprentissage des concepts de développement et d'attachement, indispensables à la compréhension clinique des enfants victimes de négligence.** Les milieux scolaires — particulièrement ceux avec des classes spécialisées en trouble de comportement — profiteraient aussi de formation supplémentaire à ce niveau.

Plusieurs études et méta-analyses ont démontré que **l'exposition répétée à des événements adverses pendant l'enfance place le jeune à un risque accru de problèmes de santé physique et développementale à court et à long terme** (ex. : asthme mal contrôlé, troubles alimentaires, retard de croissance et obésité, énurésie et encoprésie, retard de développement psychomoteur et cognitif, difficultés d'apprentissage avec retard scolaire et décrochage, troubles de l'attention avec hyperactivité, comportement oppositionnel, difficultés d'attachement et d'adaptation). Ces enfants présentent aussi un risque accru de symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'idées suicidaires, et des comportements à risque à l'adolescence (tabagisme, consommation d'alcool et de substances illicites, promiscuité, appartenance à des gangs de rue) [1] [2] [3].

La littérature scientifique récente tend à démontrer que les impacts négatifs de la maltraitance à l'enfance se projettent même à l'âge adulte en altérant de manière définitive le bagage génétique et en prédisposant les individus aux maladies chroniques (cardiovasculaire, auto-immune, néoplasie) [4]. Par l'implication de la DPJ dans la vie de ces enfants, la société identifie précocement une population à haut risque de dysfonctionnement social et de complications médicales futures. Dans une perspective de prévention secondaire, il est de la responsabilité du médecin de procéder à des réévaluations médico-psycho-sociales complètes et d'orienter son patient vers les bonnes ressources, particulièrement au terme de l'adolescence où les réactivations traumatiques peuvent survenir.

La multiplicité et la gravité des problèmes affectant les enfants et adolescents victimes de maltraitance nécessitent des ressources multidisciplinaires. **Il est essentiel que le médecin responsable des soins médicaux puisse référer l'enfant dès son évaluation à des ressources**

professionnelles (en particulier en soins psychothérapeutiques) avec prise en charge rapide et prolongée dans le temps. Cependant, nous constatons trop souvent que les listes d'attente sont très longues, et que la première ligne représentée par les CLSC est en manque flagrant de ressources et se voit rapidement débordée. Pendant ce laps de temps, la situation qui était déjà critique dégénère en une crise psychosociale qui se présente en salle d'urgence en dernier recours.

Il en est de même pour les soins en santé mentale adulte, le parent pauvre de notre système de santé. Or, **un grand nombre de parents d'enfants victimes de maltraitance présentent des enjeux de santé mentale non-traités.** Les problèmes de consommation, de troubles de la personnalité et de violence conjugale n'en sont que les exemples les plus manifestes. Ils occasionnent un stress important pour le parent en le rendant moins réceptif à son enfant et à l'aide offert.

Nous rencontrons souvent des **situations de surmédicalisation, avec des thérapies médicamenteuses lourdes, parce que la situation psychosociale n'a pas pu être prise en charge suffisamment tôt.** Le dysfonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent est tel qu'on ne peut surseoir à une médication. Cependant, trop souvent la prise en charge s'arrête à l'étape de la médication sans y ajouter l'aide nécessaire pour remédier à l'environnement délétère. La paucité des ressources de première ligne fait en sorte que des problématiques psychosociales se retrouvent en situation de signalement à la DPJ, alors qu'une intervention plus précoce en première ligne aurait pu éviter une crise psychosociale. **S'il existe une grande disparité entre les régions quant à l'accès en pédopsychiatrie, des délais de plusieurs mois sont la norme plus que l'exception.** Une consolidation de ces équipes médicales ainsi que l'élaboration de corridors de service prioritaires pour cette clientèle parmi les plus souffrantes seraient à envisager.

L'arrimage entre les ressources est souvent incomplet et ponctué de bris de services. Il arrive fréquemment qu'une ressource dont bénéficiaient l'enfant et sa famille au CLSC cesse dès lors que la DPJ est impliquée. L'inverse se produit aussi, lorsque le dossier DPJ est fermé et confié en première ligne aux CLSC souvent démunis face à des situations psychosociales très complexes, en particulier les troubles de comportement et les difficultés développementales.

Recommandations :

- Assurer à tous les enfants dont le signalement est retenu par la DPJ ainsi qu'à leur fratrie une évaluation médicale dans les plus brefs délais et un suivi médical approprié.
- Bonifier la formation des professionnels de la santé sur les notions de maltraitance et de pédiatrie sociojuridique (trouble d'attachement, retards de développement, lésions sentinelles, abus physique, abus sexuel) en collaboration avec les membres de l'AMPEQ.
- Assurer un accompagnement médical et psychosocial à partir du moment où la maltraitance survient jusqu'à la fin de l'adolescence dans le but de prévenir les impacts sur sa santé physique et psychologique.
- Renforcer la première ligne de soins en santé mentale, tant pour les enfants que pour leurs parents en besoin, en assurant notamment un accès à des soins psychothérapeutiques dans des délais raisonnables.

- Faciliter l'accès aux services de pédopsychiatrie sur l'ensemble du territoire pour les enfants victimes de traumatismes complexes.

III. INTÉRÊT ET DROITS DE L'ENFANT

Les interventions de la DPJ et du tribunal de la jeunesse ont un grand impact sur le devenir de l'enfant. Les interventions doivent cibler prioritairement le bien-être de l'enfant. Concernant le mode de fonctionnement judiciaire, il est impératif d'adapter les procédures à l'enfant. **Lorsqu'un enfant doit être rencontré par les policiers, le lieu choisi et le déroulement de l'entrevue devraient viser avant tout le bien-être et la réassurance de l'enfant.** Des rencontres au poste de police sont de nature à impressionner inutilement les enfants et devraient être évitées. Certaines initiatives ont montré leur efficacité à apaiser les enfants durant cet épisode de haut stress et mériteraient une plus large diffusion (ex. : Projet Kanak du Service de police de Sherbrooke impliquant un chien de soutien lors du processus judiciaire¹).

Il existe des situations de **placement en urgence dans des familles d'accueil de dépannage ou des placements à plus long terme, qui sont parfois faits dans la précipitation, par manque de temps et de ressources pour des intervenants surchargés.** Il est essentiel que les décisions de placement soient prises en équipe multidisciplinaire, avec l'implication de tous les professionnels concernés qui connaissent l'enfant et sa situation familiale. Des révisions doivent être faites régulièrement, car les enfants et leur situation évoluent au cas par cas.

Le fait qu'une situation de maltraitance a nécessité une intervention de la DPJ indique que l'enfant a souffert, et qu'il est aux prises avec des séquelles au plan développemental et psychologique. Trop souvent, ces enfants ont énormément souffert sur une longue période de temps avant que la DPJ reçoive un signalement, et ils présentent alors des troubles de comportement importants. Si les enfants ne sont pas rapidement pris en charge, ces comportements épuisent les familles élargies/familles d'accueil, obligeant malheureusement la DPJ à procéder à un nouveau déplacement de l'enfant. **Ces changements fréquents de milieux d'accueil aggravent les troubles de comportement et exacerbent les difficultés d'attachement. Quel que soit le milieu de vie décidé pour l'enfant (maintien dans la famille biologique, placement dans la famille élargie, placement en famille d'accueil), il est donc essentiel d'offrir un soutien précoce et constant à ces familles en mobilisant les ressources appropriées** (psychoéducation, santé mentale et autres) et en effectuant un suivi serré de la situation.

Le suivi doit s'appliquer aux mesures volontaires des parents biologiques, et surtout prioriser le bien-être de l'enfant. La stabilité du milieu de vie est un élément primordial pour rétablir un attachement sécuritaire chez l'enfant. **Un enfant qui a développé un attachement sécuritaire et qui progresse bien en famille élargie ou en famille d'accueil devrait y rester.** Les visites aux parents biologiques (fréquence, durée, supervisées ou non) devraient s'intégrer à la vie de l'enfant et se justifier principalement par les bienfaits qu'elles lui apportent. Son retour dans sa famille biologique ne devrait se faire que quand il est prêt à ce retour. La formation des intervenants sur les concepts d'attachement devrait être bonifiée.

¹ https://www.ville.sherbrooke.qc.ca/fileadmin/fichiers/police/publications/Bilan_Kanak.pdf

Lorsque les troubles de comportement deviennent trop envahissants, les familles d'accueil n'arrivent plus à répondre aux besoins et aux demandes de l'enfant. Il faut alors songer à un placement en foyer de groupe ou en Centre jeunesse. Il faut favoriser l'échange d'informations avec le pédiatre traitant de l'enfant et les autres professionnels impliqués afin d'éviter des pertes de suivi ou une duplication de services médicaux avec le risque d'une surmédicalisation que cela implique souvent.

Recommandations :

- Prioriser le bien-être de l'enfant et sa sécurité physique et affective avant toute autre considération.
- Adapter les procédures judiciaires aux enfants en choisissant des lieux non menaçants pour les entrevues avec les policiers et intégrer des outils d'accompagnement personnalisé (ex. : chien de soutien).
- Favoriser l'attachement dans un milieu sécurisant, chaleureux et stimulant en développant, si la situation le requiert, un projet de vie le plus tôt possible.
- Éviter les multiples placements et déplacements d'enfants.
- Offrir davantage de soutien aux familles d'accueil pour éviter l'épuisement devant des troubles de comportement sévères.
- Dans les situations d'un retour possible dans le milieu biologique, s'assurer que l'enfant est prêt pour un retour, et préparer ce retour en multidisciplinarité, avec tous les intervenants significatifs pour l'enfant.

IV. ENJEUX DE COMMUNICATION ENTRE PARTENAIRES

Dès lors qu'un enfant est porté à l'attention de la DPJ, on peut anticiper qu'il requerra des soins médicaux en lien à sa situation. Que ce soit au moment d'une évaluation demandée en urgence ou au cours d'un suivi à long terme, une communication optimale entre les différents acteurs impliqués auprès de l'enfant est primordiale.

Dans la grande majorité des situations ayant nécessité une collaboration étroite, la communication entre le corps médical et les intervenants DPJ s'opère efficacement. Les défis qui perdurent touchent principalement des enjeux d'accès au professionnel. **Il peut s'avérer difficile de se rejoindre même pour un simple échange téléphonique, menant à une multiplication de courriels ou de messages laissés sur boîtes vocales.** Les courriels sont à privilégier, mais des enjeux de sécurité et de confidentialité restent inhérents à ce mode de communication. L'utilisation d'un courriel institutionnel sécurisé et la vérification attentive des destinataires devraient s'appliquer. Les rencontres en personne, quoique plus exigeantes en temps, restent fortement appréciées surtout dans les situations plus complexes.

Un autre grand défi — peu importe le mode de communication utilisé — est d'assurer un échange respectant les **limites de la confidentialité** des familles. **Souvent, les informations que la DPJ consent à nous livrer sont insuffisantes pour nous permettre d'apprécier correctement une situation clinique.** Il nous faut minimalement connaître les gestes posés sur l'enfant et les facteurs

de risque présents dans le milieu pour offrir au patient le meilleur suivi clinique. Ce partage de renseignements au médecin traitant nous semble conforme au mandat premier de la DPJ d'assurer la sécurité et le développement de l'enfant. **Toutefois, la vigilance s'impose pour éviter une diffusion trop large à l'ensemble des adultes impliqués auprès de l'enfant, ce qui aurait le potentiel de stigmatiser davantage les familles.** Dans le réseau de la santé du moins, nous pourrions établir un mécanisme d'anonymisation qui retirerait les « informations DPJ » des notes médicales afin de limiter l'accès de ces informations personnelles uniquement aux intervenants concernés par la problématique de maltraitance.

Lorsqu'un enfant est **hospitalisé pour maltraitance, la rapidité d'intervention de la DPJ varie grandement.** Les soirées et les fins de semaine sont particulièrement problématiques à ce niveau. Les intervenants DPJ justifient ces délais par le fait que l'enfant est protégé dans le milieu sécuritaire de l'hôpital. Or, leur évaluation du milieu n'en est pas moins urgente tant que les parents demeurent au chevet de l'enfant et qu'une fratrie vulnérable se retrouve au domicile. De plus, une hospitalisation prolongée sans indication médicale peut comporter des risques pour le patient (infection nosocomiale) et occasionner des coûts inutiles pour l'établissement hospitalier.

Dans le cas où une **entente multisectorielle** serait initiée, une **rencontre réunissant le médecin traitant, la DPJ, les services policiers et — si disponible — le pédiatre spécialisé en maltraitance devrait avoir lieu dans les plus brefs délais.** Ces rencontres correspondent au standard attendu dans notre juridiction et sont indispensables pour assurer une compréhension commune des enjeux ainsi qu'un arrimage judicieux des interventions. Selon l'entente, la coordination de ces rencontres relève du mandat de la DPJ. Des améliorations sont à espérer, notamment en lien avec les services policiers.

Le *Service intégré en abus et maltraitance (SIAM)* est un projet innovateur qui a vu le jour dans la région de Québec, basé sur le **modèle du Child Advocacy Center (CAC)**. En rassemblant sous un même toit l'ensemble des intervenants œuvrant auprès des victimes, cette initiative prometteuse mériterait grandement à être reproduite sur l'ensemble du territoire (c. f. audiences du 4 décembre de la Dre Sylvie Béliveau à cette même Commission).

D'autres initiatives visant à réunir les différents acteurs impliqués auprès de l'enfant ont déjà fait leurs preuves dans le réseau. Par exemple, les *Plan de service individualisé (PSI)* où le parent est directement impliqué dans l'échange ou une rencontre de l'*Équipe d'intervention Jeunesse (ÉIJ)* lorsqu'une impasse clinique ou participative survient. Ces différentes modalités nécessitent impérativement un leadership collaboratif afin de faciliter leur application. Un soutien accru aux projets de recherche intersectorielle et à la formation de l'interprofessionnalisme dans le réseau permettrait de mieux structurer ces échanges.

Afin de faciliter la collaboration entre les partenaires sociaux et médicaux, des **rencontres statutaires regroupant les différentes équipes professionnelles spécialisées en maltraitance devraient s'organiser localement sur l'ensemble du territoire.** De telles rencontres permettraient de consolider les canaux de communication et de revoir périodiquement les obstacles rencontrés de part et d'autre, dans le respect de nos rôles respectifs. Un intervenant pivot de la DPJ dédié à la liaison avec les équipes médicales faciliterait grandement ce processus.

Recommandations :

- Fournir aux intervenants de la DPJ des outils de communication simples, accessibles et sécurisés (ex. : cellulaire et ordinateur dédiés, courriel institutionnalisé) tout en priorisant dans la mesure du possible des rencontres en personne.
- Revoir les règles de confidentialité auxquelles sont tenus les intervenants de la DPJ afin de permettre aux médecins traitants d'obtenir les renseignements cliniques nécessaires à la prise en charge optimale de l'enfant.
- Convenir avec les archives médicales d'un mécanisme d'anonymisation qui retirerait des notes du médecin les renseignements personnels transmis par la DPJ afin de limiter l'accès à ces informations aux seuls professionnels concernés par la problématique de maltraitance.
- Lorsqu'une entente multisectorielle est enclenchée, établir clairement les normes de communication afin de rassembler dans les plus brefs délais l'ensemble des professionnels impliqués auprès de l'enfant.
- Favoriser l'expansion sur l'ensemble du territoire de cliniques multidisciplinaires selon le modèle du Child Advocacy Center (CAC) où les enfants victimes de maltraitance peuvent recevoir sous un même toit des services intégrés d'évaluation, de traitement, d'enquête, de consultation judiciaire et de défense des droits.
- Établir un cadre organisationnel facilitant la collaboration entre les partenaires (rencontres intersectorielle, PSI, EIJ) et promouvoir la recherche en interprofessionnalisme.
- Attribuer des mandats d'agents de liaison à des intervenants pivots dans les DPJ et les équipes médicales locales et revoir périodiquement le mode de fonctionnement entre les secteurs.

V. PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE

La maltraitance pédiatrique n'est pas seulement une forme de violence individuelle et de violation des droits de l'enfant, c'est aussi une problématique majeure de santé publique. En tant que pédiatres en protection de la jeunesse, nous sommes bien placés pour connaître les nombreuses retombées de la maltraitance sur les enfants, leurs familles et la société en général. **À l'AMPEQ, nous sommes intimement convaincus que la prévention de la maltraitance pédiatrique devrait être au cœur de nos décisions et nous cultivons l'espoir que notre société saura prioriser et optimiser les initiatives qui visent à en diminuer son incidence (prévention primaire) et son impact (prévention secondaire).**

Nous ne pouvons espérer diminuer le nombre d'enfants québécois vivant en contexte d'adversité qu'à travers une approche intersectorielle informée. **Ainsi, la formation et l'éducation en matière de maltraitance devraient être prioritaire tant au sein des professionnels de la santé travaillant**

avec des enfants, qu’auprès des intervenants en protection de la jeunesse, des intervenants en contexte scolaire et de garde, des professionnels du milieu juridique et des policiers. La reconnaissance et la prise en charge rapide de facteurs de risque, qui ne sont possibles que si les personnes en contact avec les enfants y sont sensibilisées, peuvent contribuer à diminuer l’incidence de la maltraitance. Il en va de même pour les parents auprès desquels ces professionnels formés ont un devoir d’éducation et de sensibilisation.

Un exemple de ce type de prévention ayant été implanté efficacement au Québec est le programme d’éducation aux nouveaux parents en lien avec les traumatismes crâniens non accidentels (autrefois appelé *Syndrome du bébé secoué*)². Par ailleurs, il est aussi important d’informer les professionnels sur les méthodes de réduction des impacts de la maltraitance. En effet, une **approche informée, basée sur une connaissance des traumatismes complexes de l’enfance (trauma informed), est cruciale auprès des enfants vivant de l’adversité**, dont ceux qui sont pris en charge sous la LPJ. Ce n’est qu’à travers de telles approches que les impacts de l’adversité dans l’enfance pourront être atténués. Un exemple de ce type de modèle (*ARC-Attachment Regulation Competencies Framework*)³ est d’ailleurs en déploiement au Québec dans les Centre Jeunesse et les familles d’accueil. Ses retombées sont à suivre avec intérêt.

Par ailleurs, **l’accès à des services de première ligne de qualité devrait être une pierre angulaire de cette prévention.** Malheureusement, ceci demeure problématique au Québec. Nous constatons aussi que bon nombre d’enfants (vus par un médecin ou non) auraient grand besoin d’une prise en charge par divers professionnels non médecins, incluant en travail social, en ergothérapie, en psychoéducation, en psychologie, en orthophonie, en orthopédagogie, etc. L’accès à ces professionnels est extrêmement variable d’une région à l’autre et il est souvent gravement lacunaire pour les enfants provenant de familles en situation socio-économique précaire. Cette pénurie de ressources semble particulièrement significative pour les victimes mineures d’abus sexuel en régions rurales.

Au-delà de l’accès à la première ligne, certains **programmes spécifiques (pensons notamment au programme SIPPE du CLSC⁴) sont conçus pour tenter d’améliorer les conditions de vie des enfants et de leur famille.** La littérature scientifique s’intéresse de plus en plus à l’efficacité à court et long terme de ces programmes. Les **visites à domicile** semblent être parmi les initiatives ayant démontré le plus de résultats positifs [5]. En effet, des visites intensives de professionnels en soins infirmiers (généralement deux fois par semaine pendant plusieurs mois) dans les foyers de familles en situation de vulnérabilité semblent permettre une réduction significative de l’incidence de la maltraitance. Cette réduction serait soutenue dans le temps. Elle s’accompagnerait par ailleurs d’une amélioration du fonctionnement des enfants suivis une fois devenus des adultes. Une mise en place de ce type de suivi intensif au Québec devrait être explorée activement.

Par ailleurs, certains **programmes basés sur des évidences scientifiques solides visent à améliorer les pratiques parentales (ex. : programme Triple P dans certains quartiers de**

² https://www.chusj.org/getmedia/b87e8020-2fb8-4be7-9469-d11be61d9425/SBS_resume-implantation-programme-perinatal_fr.pdf.aspx

³ <https://www.trauma-research-mcgill.ca/a-propos>

⁴ <https://ciss-ouataouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/avoir-un-enfant/grossesse-et-accouchement/programme-services-integres-en-perinatalite-et-petite-enfance-sippe/>

Montréal et de la Capitale Nationale⁵). Une amélioration des pratiques parentales peut favoriser une bonne relation parent-enfant et potentiellement réduire le risque de maltraitance. L'accès à ce type de programme pourrait être optimisé.

La pédiatrie sociale est une autre approche novatrice qui prend de l'ampleur dans notre province. Il s'agit d'un modèle de prise en charge interdisciplinaire de proximité et de réduction des méfaits qui vise à rejoindre les familles les plus isolées et les plus vulnérables pour leur offrir des soins et des services informés et adaptés. **Bien que la recherche scientifique soit encore en cours pour démontrer son efficacité, la pédiatrie sociale a acquis une importante reconnaissance et une popularité soutenue auprès de la population québécoise.** Elle semble être une des avenues prometteuses pour rejoindre les familles les plus fragilisées.

Il importe de souligner que d'autres modèles de soins de santé existent à travers le monde. Par exemple, certains pays, dont l'Australie, ont des **unités d'hospitalisation dédiées aux mères aux prises avec des problèmes de santé mentale**. Ces unités (appelées traditionnellement *Mother-baby units*) permettent, entre autres, d'observer la dynamique de la dyade parent-enfant et d'évaluer la sécurité d'un nourrisson avec sa mère. Certaines régions du Québec profitent d'un service similaire (ex. : Villa Marie-Claire — Centre de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation — CIUSS de L'Estrie). Ce modèle mériterait assurément d'être étendu.

À la lumière de ces quelques lignes, nous souhaitons réitérer notre volonté que la prévention de la maltraitance des enfants québécois soit une priorité sociétale au même titre que sa reconnaissance et sa prise en charge.

Recommandations :

- Accroître la formation en maltraitance de l'ensemble des professionnels œuvrant auprès des enfants (santé, éducation, petite enfance, policiers, juristes) avec la participation de l'AMPEQ.
- Assurer le développement d'une première ligne forte, accessible et adaptée aux familles en situation socio-économique précaire qui inclurait toute la gamme des services professionnels en CLSC.
- Consolider les acquis des programmes publics déjà existants (Triple P, visites à domicile) et déployer les initiatives prometteuses (pédiatrie sociale, centre de réadaptation pour jeunes mères) dans toutes les régions du Québec.
- Favoriser la recherche évaluative des programmes de prévention et de soutien aux familles précarisées.

⁵ <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/triple-p-positive-parenting-program/>

CONCLUSION

En accord avec sa mission de promouvoir l'expertise et de favoriser les échanges avec les professionnels et les organismes œuvrant au niveau de la protection des enfants victimes de maltraitance, l'AMPEQ a tenu à présenter dans ce mémoire les constats et recommandations émanant d'une consultation de ses membres de l'ensemble du territoire québécois.

Dre Laurel Kimoff
Présidente – AMPEQ

BIBLIOGRAPHIE

[1] Jacob G. et al. Adverse childhood experiences: Basics for the paediatrician. *Paediatr Child Health* 2019; 24(1):30-37.

[2] Hugues and al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Public Health*, Vol 2, August 2017.

[3] Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9: e1001349.

[4] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245–58.

[5] Avellar SA, Supplee LH. Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. *Pediatrics* 2013; 132: S90–99.

RÉFÉRENCES EN LIGNE

1- Kanak : premier chien policier au soutien des victimes du Québec :

https://www.ville.sherbrooke.qc.ca/fileadmin/fichiers/police/publications/Bilan_Kanak.pdf

2- Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile :

https://www.chusj.org/getmedia/b87e8020-2fb8-4be7-9469-d11be61d9425/SBS_resume-implantation-programme-perinatal_fr.pdf.aspx

3- Groupe de recherche sur les Réponses sociales au trauma complexe :

<https://www.trauma-research-mcgill.ca/a-propos>

4- Programme services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) :

<https://ciss-outaouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/avoir-un-enfant/grossesse-et-accouchement/programme-services-integres-en-perinatalite-et-petite-enfance-sippe/>

5- Triple P – Programme de pratiques parentales positives :

<https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/triple-p-positive-parenting-program/>

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Mémoire - Association des médecins en protection de l'enfance du Québec (AMPEQ)

LE MÉDECIN DANS LE PROCESSUS D'INTERVENTION DE LA DPJ

- Considérer l'expertise pédiatrique lors du signalement et de son traitement par la DPJ compte tenu du rôle particulier du médecin dans l'évaluation de la sécurité et du développement des enfants dans un esprit de responsabilité partagée.
- Permettre aux intervenants de la DPJ de transmettre au médecin traitant/spécialisé en maltraitance les renseignements qui sont pertinents, circonscrits à son patient et qui peut influencer la prise en charge médicale, avec le consentement des familles dans la mesure du possible.
- À la fin de l'intervention de la DPJ, prévoir un relais aux services professionnels de première ligne/organismes communautaires sans interruption de service et maintenir la surveillance de la DPJ durant la transition.
- Assurer la stabilité des ressources professionnelles au sein des services de protection de la jeunesse en adoptant des stratégies de rétention de personnel, d'accommodement et de réorganisation du travail.
- Dans les programmes/services de première ligne volontaires, adopter une approche soutenante et compréhensive envers les familles dans le but de rétablir les liens de confiance entre la famille et le réseau.

ENJEUX MÉDICAUX DES ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE

- Assurer à tous les enfants dont le signalement est retenu par la DPJ ainsi qu'à leur fratrie une évaluation médicale dans les plus brefs délais ainsi qu'une prise en charge médicale optimale de leur santé physique et mentale, incluant notamment l'accès à des services spécialisés en psychoéducation/psychothérapie.
- Améliorer la formation en pédiatrie de la maltraitance des professionnels de la santé ainsi que de l'ensemble des professionnels œuvrant auprès des enfants (petite enfance, école, policiers, juristes) en collaboration avec l'AMPEQ.
- Faciliter l'accès aux services de pédopsychiatrie sur l'ensemble du territoire pour les enfants victimes de traumatismes psychologiques complexes.

INTÉRÊT ET DROITS DE L'ENFANT

- Prioriser le bien-être de l'enfant et sa sécurité physique et affective avant toute autre considération.
- Adapter les procédures judiciaires aux enfants en choisissant des lieux non menaçants pour les entrevues avec les policiers et intégrer des outils d'accompagnement personnalisé (ex. : chien de soutien).
- Favoriser l'attachement dans un milieu sécurisant, chaleureux et stimulant et opter le plus tôt possible pour un projet de vie si la situation le requiert.
- Réduire au maximum les déplacements/placements des enfants ainsi que les changements d'intervenants qui contribuent aux troubles de comportement et d'attachement de ces enfants en quête de stabilité.
- Offrir davantage de soutien aux familles d'accueil pour éviter l'épuisement et à la relocalisation des enfants.
- Dans les situations d'un retour dans le milieu familial biologique, s'assurer que l'enfant est prêt pour ce nouveau changement et mettre en place les conditions gagnantes, en multidisciplinarité, pour que cela fonctionne.

ENJEUX DE COMMUNICATION ENTRE PARTENAIRES

- Revoir les règles de confidentialité auxquelles sont tenus les intervenants de la DPJ afin de permettre la circulation des informations pertinentes auprès des professionnels impliqués dans la vie des enfants.
- Lorsqu'une entente multisectorielle est enclenchée, établir clairement les normes de communication afin de rassembler dans les plus brefs délais l'ensemble des professionnels impliqués auprès de l'enfant.
- Favoriser le déploiement de cliniques multidisciplinaires où les enfants victimes de maltraitance peuvent recevoir des services intégrés d'évaluation, de traitement, d'enquête et de défense des droits (ex. : modèle CAC).
- Attribuer des mandats d'agents de liaison à des intervenants pivots dans les DPJ et les équipes médicales locales et revoir périodiquement le mode de fonctionnement et de communication entre les secteurs.

PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE

- Assurer le développement d'une première ligne forte, accessible et adaptée aux familles en situation socio-économique précaire qui inclurait une gamme de services professionnels spécialisés en CLSC.
- Consolider les programmes publics visant l'amélioration des compétences parentales (ex. : Triple P, visites à domicile) et opter pour les initiatives prometteuses visant l'empowerment des familles et des communautés (ex. : pédiatrie sociale).