



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

**Mémoire présenté  
par le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine**

**Le 11 décembre 2019**

## Table des matières

Mot de la Présidente directrice générale, CHU Sainte-Justine .....	3
Liste des collaborateurs .....	4
Résumé.....	5
A. Introduction et mise en contexte.....	6
B. Commentaires et recommandations.....	7
1) Quelques réflexions sur le signalement.....	7
2) Le consentement aux soins en contexte de signalement.....	9
3) L'échange d'informations dans le cadre de l'Entente multisectorielle .....	10
4) La visite médicale pour tous les enfants faisant l'objet d'un signalement .....	12
5) Des équipes médicales dans toutes les régions.....	13
6) L'accès aux soins psychothérapeutiques.....	13
7) La question des multiples placements des jeunes enfants et le soutien aux familles d'accueil aux prises avec des enfants présentant d'importantes difficultés de comportement.....	15
8) Le suivi et la fermeture des dossiers DPJ.....	16
9) La formation des intervenants sur les aspects médicaux de la maltraitance, la santé mentale et le développement.....	17
10) La collaboration et la communication.....	18
11) Les enfants et adolescents hébergés et le soutien à la petite enfance .....	20
12) La révision systématique des incidents et des événements indésirables graves. 22	
13) La prévention .....	23
ANNEXE 1 .....	24

## **Mot de la Présidente directrice générale, CHU Sainte-Justine**

Madame la Présidente,

Le CHU Sainte-Justine tient à saluer la démarche entreprise par la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

Ces travaux initiés suite à des événements dont tous conservent la douloureuse mémoire, sauront, j'en suis convaincue, permettre une réflexion collective en profondeur portant sur le bien-être des enfants et adolescents du Québec, et sur la manière dont les institutions vouées à leur protection peuvent améliorer leurs pratiques et leurs collaborations. Tout ceci afin de maintenir fermement le cap vers un objectif fondamental : la protection de l'intérêt de nos enfants et adolescents.

Cet objectif, le CHU Sainte-Justine y contribue directement de par sa mission première, qui est d'améliorer la santé (considérée comme un équilibre physique, psychique, social et moral) des enfants, des adolescents et des mères du Québec, en collaboration avec nos partenaires du système de santé et ceux des milieux de l'enseignement et de la recherche. C'est pourquoi nous tenions à prendre part au vaste dialogue lancé par votre commission.

Vous trouverez donc dans le présent mémoire les suggestions d'un bon nombre de nos experts, qui sont en contact au quotidien avec la réalité des enfants et des adolescents vulnérables ou en difficulté, et ont à cœur l'amélioration des services qui leur sont dispensés, afin d'assurer leur protection et leur développement.

La Présidente-directrice générale,



Caroline Barbir, M.Sc., Adm. A., CHE, ASC

## Liste des collaborateurs

### **Ce mémoire a été rédigé sous la direction de :**

Dr Jean-Yves Frappier  
Directeur, Département de pédiatrie, Université de Montréal  
Chef, Département de pédiatrie,  
Responsable médical, secteur de pédiatrie sociale et maltraitance, CHU Sainte-Justine

Dre Claire Allard-Dansereau  
Pédiatre retraitée,  
Ancienne responsable, Clinique de pédiatrie sociojuridique, secteur de pédiatrie sociale et maltraitance

Dre Karine Pépin  
Pédiatre responsable, Clinique de pédiatrie sociojuridique, secteur de pédiatrie sociale et maltraitance

Me Anne de Ravinel  
Avocate, Bureau des affaires juridiques, CHU Sainte-Justine

Dre Lila Amirali  
Pédopsychiatre, Chef, Département de pédopsychiatrie

### **Ont également participé à la rédaction de ce mémoire :**

Dr Antonio D'Angelo  
Pédiatre-urgentiste, Chef, Département de l'urgence pédiatrique

#### **Du secteur de pédiatrie sociale et maltraitance du CHU Sainte-Justine :**

Dre Anne-Claude Bernard-Bonnin; Madame Sonia Lever, infirmière; Madame Christèle Millard, travailleuse sociale; Madame Frédérique Saint-Pierre, psychologue; Clinique de pédiatrie sociojuridique.

Madame Jo-Anne Couillard, infirmière, section médecine de l'adolescence.

#### **Du Département de pédopsychiatrie du CHU Sainte-Justine :**

Dr Martin St-André, Dre Mutsuko Emond, Dre Genevieve Tellier, Dre Johanne Boivin et Dre Diane Sauriol

## Résumé

Le CHU Sainte-Justine (CHUSJ) a une longue tradition en termes de protection de la jeunesse. Nous présentons certains constats et considérations découlant à la fois de l'expertise du CHUSJ relativement aux enfants victimes d'abus physiques, sexuels et de négligence mais aussi de nos interactions avec les DPJ ainsi qu'avec de nombreux autres professionnels du Québec œuvrant auprès d'enfants et d'adolescents.

Parmi les difficultés identifiées, on note un malaise chez nos professionnels lors du signalement. Compte tenu de leur rôle, ils ne disposent souvent que d'informations limitées et se sentent obligés de présenter des « preuves » solides afin de convaincre la DPJ pour qu'elle retienne le signalement, alors que le signalement doit être basé sur un doute raisonnable selon la Loi (LPJ). Un signalement devrait aussi être possible durant un suivi de grossesse où des inquiétudes sont soulevées quant à l'enfant à naître, considérant que la mère pourrait accoucher dans un établissement différent du celui du suivi de grossesse.

Tous les enfants pour lesquels un signalement est retenu par la DPJ devraient bénéficier d'une évaluation de santé. Nous suggérons d'assurer l'implantation dans chacune des régions du Québec d'équipes médicales spécialisées et d'assurer la consolidation des grandes équipes dans les CHU pédiatriques. L'évaluation médicale requiert toutefois le consentement des parents pour lequel, advenant une difficulté, la DPJ devrait utiliser l'article 48 LPJ. On se questionne sur les modalités d'application de cet article. Nous proposons également la notion de « signalement d'équipe » pour l'ensemble des professionnels de la santé impliqués auprès d'un enfant, par exemple pour l'évaluation de sévices physiques, assurant ainsi une meilleure communication et une certaine immunité aux intervenants.

La collaboration et la communication sont des éléments clés pour une intervention efficace et efficiente auprès de ces jeunes. Nous préconisons qu'un intervenant pivot soit désigné dans chacune des DPJ afin d'être l'interlocuteur privilégié avec les équipes médicales. Aussi, l'échange d'informations dans le cadre de l'Entente multisectorielle pose parfois problème, particulièrement avec les policiers, car limité par le cadre de confidentialité pour le personnel médical. Lors de la fermeture du dossier DPJ, nous suggérons qu'il y ait un meilleur échange d'information entre la DPJ et les équipes médicales ou de santé mentale; un accompagnement des familles vulnérables lors du transfert de soins de la DPJ au CLSC devrait aussi être offert.

De la formation continue sur les aspects médicaux de la maltraitance et sur les enjeux de la santé mentale et du développement devrait être offerte aux intervenants des DPJ, de même qu'aux procureurs et aux juges.

Les nombreux déplacements des enfants en famille d'accueil nous préoccupent ainsi que le soutien offert à ces familles. Le lien d'attachement devrait être évalué. Pour ces familles d'accueil mais aussi pour des familles aux prises avec des enfants présentant d'importants problèmes de comportement, la grande difficulté d'accès aux soins psychothérapeutiques est nommée, d'autant plus que, pour ces jeunes vulnérables, ceux-ci sont essentiels. En ce sens, la prévention aussi ne doit pas être négligée.

Finalement, nous sommes d'avis qu'une structure provinciale ou suprarégionale devrait être chargée de faire, de façon systématique et régulière, l'analyse et le suivi des événements indésirables graves ou décès survenant chez les enfants suivis ou signalés à la DPJ. Les incidents moins graves, mais néanmoins importants impliquant les enfants devraient être déclarés et chacun des CISSS ou CIUSSS devrait avoir un mécanisme d'analyse permettant de faire des recommandations ou d'agir pour éviter que ces incidents se reproduisent.

## A. Introduction et mise en contexte

### L'implication du CHU Sainte-Justine en matière de protection de la jeunesse

Depuis 45 ans, suite à la création en 1974 par Dr Gloria Jeliu de la première clinique de Protection de l'enfance, le CHU Sainte-Justine (CHUSJ) offre des services de santé physique ou mentale et des services sociaux auprès des enfants ou adolescents suspectés être victimes de maltraitance. Chaque année, au CHUSJ, des centaines d'enfants et adolescents sont évalués ou signalés en protection de la jeunesse.

L'une de nos équipes, *l'équipe santé Enfance-Jeunesse*, composée de sept infirmières du CHUSJ et de pédiatres, œuvre directement au Centre jeunesse de Montréal. Cette équipe intervient auprès de plus de 1000 enfants et adolescents annuellement, en plus d'offrir un soutien sur dossiers pour plus de 800 enfants. *La clinique de pédiatrie sociojuridique* regroupe des professionnels dédiés à l'évaluation d'enfants potentiellement maltraités avec quatre pédiatres, une infirmière, une travailleuse sociale et une psychologue. *La section de médecine de l'adolescence* offre quant à elle depuis 1977 des prises en charge d'adolescents victimes de mauvais traitements, particulièrement d'agression sexuelle. Le CHUSJ est un Centre désigné pour recevoir les victimes d'agression sexuelle de moins de 18 ans pour la région de Montréal; des infirmières spécialisées dans l'utilisation de la trousse médicolégale à la salle d'urgence ont été formées à cet effet. Plusieurs victimes d'abus sexuels consultent aussi directement à la clinique sociojuridique pour les enfants de moins de 12 ans et à la clinique des adolescents pour les 12 à 18 ans. *Le département de pédopsychiatrie* du CHUSJ prend aussi en charge plusieurs jeunes suivis par la DPJ ou les centres jeunesse; ils sont soit hospitalisés, soit évalués et suivis en clinique ambulatoire. Toutefois, le département de pédopsychiatrie du CHUSJ offre aussi des services pour des jeunes hébergés sous l'égide des centres jeunesse, dont en petite enfance.

Les équipes du CHUSJ ne sont pas consultées pour toutes les situations de maltraitance signalées à la DPJ, mais les DPJ demandent leur implication le plus souvent lorsqu'il y a suspicion d'agression sexuelle, de sévices physiques ou de négligence grave ou des problèmes significatifs de santé physique ou santé mentale.

Les médecins et professionnels, autant à la salle d'urgence que dans les cliniques ambulatoires et auprès des patients hospitalisés, doivent demeurer vigilants afin d'identifier les enfants victimes potentielles de maltraitance. Rappelons que l'urgence du CHUSJ accueille chaque année plus de 80 000 enfants dont plusieurs milliers sont hospitalisés. On compte également plus de 200 000 visites dans les différentes cliniques ambulatoires. Dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'on note des blessures inhabituelles ou une version imprécise des faits, il est de la responsabilité de chaque médecin de considérer la possibilité que l'enfant ait subi de la violence. Le médecin doit alors signaler la situation à la DPJ tout en poursuivant l'évaluation. Le fait de ne pas reconnaître qu'un enfant ait subi des traumatismes infligés peut avoir des conséquences dévastatrices pour l'enfant. En effet, certains peuvent se présenter avec ce qui semble être à prime abord des traumatismes mineurs (ecchymoses par exemple) mais se retrouver quelques jours plus tard avec un trauma crânien non-accidentel ou d'autres blessures graves. Les pédiatres urgentistes ainsi que les pédiatres sur les unités d'hospitalisation sont malheureusement à même de le constater.

Les situations où la maltraitance envers un enfant ou un adolescent est possible sont souvent complexes et difficiles à évaluer; le médecin se retrouve dans un contexte émotif chargé. Les opinions d'experts divergent parfois et *la certitude n'est pas toujours possible*. Dans de telles circonstances, il peut être difficile de départager l'opinion la plus valide, mais des décisions doivent

être prises quant à la nécessité de protéger l'enfant. C'est la responsabilité de la DPJ ou du juge de prendre les décisions, même en ces circonstances difficiles.

Tous les professionnels du CHUSJ, que ce soit les équipes spécialisées en maltraitance, les équipes de pédopsychiatrie, les urgentistes et les autres professionnels œuvrant dans leurs domaines d'expertise, cherchent constamment à mieux comprendre, évaluer, prendre en charge, soigner et soutenir les victimes de maltraitance tout en tentant de prévenir ces situations de maltraitance.

## **QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES**

C'est riche de ces années d'expérience auprès des enfants et adolescents victimes de mauvais traitements, de sévices divers ou de négligence, riche aussi de multiples contacts et collaborations avec les réseaux de la protection de la jeunesse, des services de police, de la justice, des services scolaires et communautaires, riche de nombreuses rencontres avec des professionnels dans la province à diverses occasions (formations, colloques, etc.) que nous nous prononçons sur certains points relatifs à notre système de la protection de la jeunesse. Nous souhaitons partager certains constats pour lesquels nous tenons à apporter notre point de vue découlant directement de notre expérience relativement aux enfants victimes d'abus physiques, sexuels et de négligence et de nos liens avec les DPJ ou d'observations et de réflexions plus générales.

D'entrée de jeu, nous soulignons de manière générale que les interventions et les interactions avec les équipes de la DPJ, que ce soit aux étapes du signalement, de l'évaluation, de l'orientation ou lors de l'application des mesures, sont généralement très adéquates et centrées sur les besoins de l'enfant ou de l'adolescent. De plus en plus, les intervenants nous contactent en amont pour discuter de notre implication possible, que ce soit pour évaluer certains aspects de la santé de l'enfant ou encore dans certains cas, aider à déterminer la cause de certaines blessures.

Ces échanges importants et appréciés de tous bénéficient à l'enfant/adolescent en permettant d'identifier rapidement les besoins médicaux et psychosociaux de celui-ci et de coordonner nos évaluations afin que le parcours du jeune soit le plus harmonieux possible. De manière plus générale, nous sommes témoins du travail exemplaire de nombreux intervenants dédiés à améliorer la condition des enfants du Québec. Nous constatons les efforts déployés, mais également les limites importantes auxquelles ils font face et la fragilisation des équipes ces dernières années, notamment en raison du manque de ressources et de l'augmentation du nombre de signalements, ainsi que des multiples départs au sein de leur rang, sans compter la lourdeur de certaines de leurs tâches administratives (minuter leurs interventions etc.).

## **B. Commentaires et recommandations**

### **1) Quelques réflexions sur le signalement**

Un de nos premiers constats a trait au malaise ressenti par plusieurs professionnels appelés à faire des signalements. En effet, les professionnels font fréquemment face à des situations inquiétantes et parfois difficiles pour eux à caractériser dans le contexte d'une évaluation ponctuelle à la salle d'urgence, par exemple. Dans de tels contextes, où les interactions avec l'enfant et sa famille sont relativement limitées, mais où il existe dans certains cas des inquiétudes réelles quant au bien-être ou à la sécurité d'un enfant, il est souvent difficile pour le professionnel impliqué de pousser plus loin son investigation. Le professionnel demeure toutefois de par la loi responsable d'effectuer un signalement, puisqu'il existe de son point de vue un « motif raisonnable

de croire » à la compromission. Or, il est fréquent que les signalements ne soient pas retenus (par exemple dans des cas de suspicion de négligence), faute d'être suffisamment étayés, du point de vue de la DPJ. Nous nous inquiétons de ces cas de signalement non retenus, dans des contextes où souvent la famille ne reçoit aucun service de soutien, car ils témoignent d'enfants dont la situation a été jugée suffisamment inquiétante pour qu'un professionnel de la santé s'adresse à la DPJ, mais pour lesquels aucune évaluation plus poussée ne sera effectuée par celle-ci.

Nombre de nos professionnels ont d'ailleurs le sentiment fréquent de devoir travailler à « convaincre » la DPJ de retenir un signalement, pourtant fait de bonne foi, avec les informations disponibles à ce moment. Le tout se termine trop souvent avec le sentiment que la situation d'un enfant aurait dû faire l'objet d'une évaluation et possiblement d'une intervention, mais que malheureusement la situation ne sera pas prise en charge. Le risque est grand à notre avis que des enfants passent « entre les mailles du filet ».

En somme, le « fardeau de preuve » exigé par la DPJ pour qu'un signalement soit retenu nous semble dans de nombreux cas trop élevé. On semble avoir, dans certains cas, perdu de vue le fait que retenir un signalement ne constitue pas en soi un jugement à l'égard d'une situation familiale, mais bien la reconnaissance du fait qu'une situation requiert une investigation plus en profondeur.

## **RECOMMANDATION**

***Considérant que les professionnels de la santé sont souvent dans une position ne leur permettant pas d'étoffer davantage leur dossier lorsqu'ils effectuent un signalement, nous recommandons :***

***- que les équipes de la DPJ dédiées à la réception et au traitement des signalements ainsi que les équipes en charge de l'évaluation, disposent de suffisamment de ressources afin d'accorder à chaque signalement l'attention qu'il mérite. C'est la rétention du signalement qui permettra au DPJ de poursuivre l'investigation et d'allouer au besoin à la famille les ressources et services requis pour assurer le bon développement de l'enfant ou de l'adolescent.***

### **Signalement en périnatalité – « bébé alerte »**

Deux situations prévalent en obstétrique lorsque des inquiétudes surviennent en lien avec un enfant à naître.

D'un côté, si la famille est déjà connue de la DPJ et que celle-ci juge à risque l'enfant à naître, la DPJ peut transmettre un « avis de naissance à risque » à tous les centres hospitaliers. Cet avis contient des renseignements permettant d'identifier la mère et le père, ainsi que la date prévue d'accouchement. Les centres hospitaliers consignent ces avis à la salle d'accouchement et l'équipe médicale se doit de signaler le bébé à la DPJ dès qu'il naît. L'implication de la DPJ se fait alors généralement facilement.

Par ailleurs, plusieurs familles n'étant pas connues de la DPJ (par exemple, lorsqu'ils attendent un premier enfant) et considérant qu'il n'y a pas de possibilité de signaler un enfant qui n'est pas encore né, les professionnels du CHUSJ ont également créé leur propre « fiche alerte » pour des mères suivies dans notre établissement présentant certaines vulnérabilités, ceci afin de s'assurer que suite à l'accouchement, une travailleuse sociale du CHUSJ puisse faire une évaluation plus poussée. Cependant, il arrive que la mère décide de ne pas accoucher au CHUSJ et les informations sont alors perdues.

## RECOMMANDATION

**Considérant que le suivi d'une grossesse et l'accouchement peuvent se dérouler dans des centres hospitaliers différents, nous recommandons :**

**- qu'un signalement, durant le suivi de grossesse, puisse être fait lorsque des professionnels de la santé ont des inquiétudes pour l'enfant à naître. La DPJ décidera s'il ajoute ce signalement à la liste « avis de naissance à risque ».**

## 2) Le consentement aux soins en contexte de signalement

En lien avec l'évaluation médicale des enfants pouvant faire l'objet d'un signalement, nous soulignons la difficulté que présente parfois le fait de devoir obtenir un consentement aux soins de la part du titulaire de l'autorité parentale dans un contexte où un médecin ou une infirmière cherche à évaluer l'hypothèse de la maltraitance.

Ces difficultés sont particulièrement présentes pour notre équipe d'infirmières spécialisées œuvrant à l'Équipe Santé-Enfance-Jeunesse (ESEJ) et offrant des services à la DPJ de Montréal. Lorsque la DPJ reçoit un signalement laissant suspecter la présence possible de sévices physiques chez un enfant d'âge scolaire ou en milieu de garde, par exemple des ecchymoses, le parent n'est pas en général présent quand la DPJ rencontre l'enfant à l'école/garderie. Or, l'intervenant social de la DPJ doit requérir un avis rapidement afin de documenter la lésion ou confirmer si la lésion est ou non suspecte de sévices physiques. L'infirmière du Centre jeunesse qui accompagne l'intervenant social est ainsi souvent sollicitée pour examiner l'enfant alors que le parent n'est pas toujours rejoignable pour donner son consentement (en cas de séparation ou de divorce, si les deux parents ont la garde légale, les deux doivent consentir). Dans une telle situation, (parent non rejoint ou non consentant), l'intervenant de la DPJ pourrait appliquer l'article 48 LPJ « durant la période où des mesures de protection immédiate sont appliquées, le directeur peut autoriser, en cas d'urgence, la prestation des services médicaux et d'autres soins qu'il juge nécessaires sans le consentement des parents ni ordonnance du tribunal ». Mais des dérives sont possibles et nous nous inquiétons à propos des modalités d'application de cette mesure; aussi, des blessures pourraient passer sous le « radar.

Il arrive aussi parfois que la DPJ demande que des tests complémentaires soient faits avant de décider de retenir un signalement. Il appartient alors au médecin d'aviser le parent et d'expliquer la situation, ce qui peut être délicat ou difficile. Évidemment, si le consentement du parent est refusé et que les examens sont jugés essentiels à l'évaluation de la situation, le signalement pourrait alors être retenu et l'article 48 LPJ appliqué par la DPJ.

## RECOMMANDATIONS

**Considérant dans les situations de suspicion de mauvais traitements physiques, qu'il est parfois difficile de rejoindre rapidement un parent ou d'obtenir son consentement, nous recommandons :**

**- que dans de telles situations la DPJ applique d'emblée l'article 48 LPJ au moment du signalement, afin de permettre l'évaluation médicale par une infirmière (par exemple à l'école) ou par un médecin, établissant ou non s'il y a matière à suspecter des sévices, en documentant les lésions, par exemple présence de marques sur l'enfant et ceci, particulièrement si le parent n'a pu être joint rapidement et évidemment s'il n'a pas consenti, même si ce signalement est en attente de rétention;**

**- que la DPJ retienne le signalement lorsque des examens ou tests sont requis pour évaluer l'hypothèse de maltraitance.**

### **3) L'échange d'informations dans le cadre de l'Entente multisectorielle**

Dans l'optique de favoriser une communication optimale entre les différents acteurs en contexte de suspicion d'abus physique ou sexuel, nous soulignons une difficulté dont le CHUSJ avait fait état dans le passé à d'autres occasions, relativement aux échanges d'informations avec les policiers et la DPJ dans le contexte de l'application de « l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique » (« l'Entente »).

Conclue en 2001, cette entente a notamment comme objectif de « favoriser la transmission d'information en clarifiant les règles d'application relatives à la confidentialité ». L'Entente énonce qu'« une communication constante entre les personnes appelées à intervenir est indispensable au bon fonctionnement de l'entente. Ces personnes doivent, à toutes les étapes, fournir les éléments d'information pertinents qui relèvent de leurs compétences ».

Cela dit, le cadre juridique ne semble pas être adéquatement arrimé à cette volonté, considérant que le droit fondamental de chacun au respect du secret professionnel, prévu à la Charte des droits et libertés de la personne, a préséance sur l'Entente. La seule exception au secret professionnel est celle prévue à l'article 39 de la *Loi sur la protection de la jeunesse* qui prévoit que l'obligation de signalement au DPJ s'applique même aux personnes tenues au secret professionnel. Ainsi, l'individu qui effectuera le signalement pourra communiquer au DPJ les informations pertinentes à cette fin, et qui seraient autrement protégées.

En ce qui a trait aux échanges avec la DPJ, nous saluons l'ajout récent par le législateur du quatrième alinéa de l'article 39 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, lequel permet à un professionnel ayant effectué un signalement de communiquer d'autres informations pertinentes, même après que le signalement ait été fait. Ce changement répond aux besoins du terrain et au fait que l'évaluation d'un enfant est un processus continu et que les professionnels colligent souvent bon nombre d'informations pertinentes suite au signalement. En permettant au signalant de les partager avec la DPJ, on améliore la qualité de l'information dont disposera la DPJ pour statuer sur la situation de l'enfant.

Nous croyons cependant que l'approche actuellement retenue, soit d'octroyer une levée de secret professionnel strictement à l'endroit du signalant, n'est pas en phase avec la réalité du milieu de la santé, où le travail s'effectue en équipe et où le signalant n'est souvent que l'un des membres de l'équipe de professionnels impliqués auprès de l'enfant et parfois même une personne tout à fait autre, étrangère au milieu de soins de l'enfant (par exemple, pour un enfant transféré de centre hospitalier, le signalant initial provient de l'autre milieu). Ainsi, nous croyons qu'une notion de « signalement institutionnel » ou encore de « signalement d'équipe » devrait être rendue possible par la Loi, permettant ainsi à l'ensemble des professionnels impliqués auprès de l'enfant de communiquer à la DPJ les renseignements pertinents et de bénéficier par le fait même des immunités que la loi accorde à la personne qui effectue un signalement de bonne foi.

Par ailleurs, dans le cadre de l'application de l'Entente multisectorielle, la réalité démontre que dans certains cas, la bonne application de l'Entente requiert la poursuite d'une communication soutenue entre les professionnels de la santé et les autres partenaires (policiers et DPJ), si l'on vise à protéger adéquatement l'enfant. Ainsi, dans les cas d'abus physiques ou sexuels,

l'expertise des professionnels de la santé et l'interprétation qu'ils peuvent faire des lésions, sont de précieux outils, souvent indispensables pour le travail d'enquête des policiers.

Certes, l'interprétation donnée par les médecins des lésions peut permettre aux policiers de conclure à des gestes possiblement de nature criminelle mais inversement aussi, les médecins peuvent obtenir des policiers certains éléments d'enquête qui orientent davantage vers une nature accidentelle de certaines lésions (exemple : demander au policier une mesure de la température de l'eau dans le cas d'une brûlure, mesurer la hauteur de la chute telle que décrite par les parents, etc.). Au-delà des éléments suffisants pour un signalement à la DPJ, la communication entre les divers partenaires de l'entente multisectorielle est fondamentale. D'ailleurs, l'apport spécifique du médecin est expressément reconnu dans l'Entente : « [...] ce dernier peut contribuer de façon déterminante à l'élaboration de la preuve. C'est en effet le seul professionnel qui soit en mesure d'interpréter les lésions physiques et la présence de maladies présentées par la victime et d'en déterminer la cause » (p. 32 de l'entente).

Il y a là une reconnaissance du rôle clé que peuvent jouer les médecins. Cependant, aucune exception dans la loi ne permet aux professionnels de communiquer des renseignements aux policiers, outre lorsque la communication vise à prévenir un acte de violence, si un « risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence » (article 60.4 du *Code des professions*). Cette exception ne vise que de très rares cas, d'autant plus que suite au signalement, le danger imminent aura normalement été écarté.

Ceci met en lumière l'impasse actuelle face à laquelle se trouvent les médecins détenant une expertise requise pour l'évaluation des cas de maltraitance. La bonne application de l'entente multisectorielle nécessiterait qu'ils effectuent les communications nécessaires à la recherche de la vérité, mais leurs obligations déontologiques y font obstacle. Il en va de même des autres professionnels de la santé, (infirmières, travailleurs sociaux, psychologues) qui ne sont pas spécifiquement nommés dans l'Entente, mais pour lesquels l'expérience démontre que tant la DPJ que les policiers ont régulièrement besoin d'informations qu'ils détiennent pour faire progresser l'évaluation ou l'enquête.

En somme, les professionnels se retrouvent coincés entre leurs obligations déontologiques et leur volonté de participer à l'Entente, pour assurer ultimement le meilleur intérêt de l'enfant. Sans vouloir minimiser l'importance du droit au secret professionnel, nous tenons à souligner l'inconfort que vivent les professionnels, souvent tiraillés entre leurs obligations déontologiques et la nécessité de rechercher la vérité, laquelle vise à protéger le meilleur intérêt de l'enfant. Nous croyons qu'une réflexion plus approfondie sur cet enjeu serait importante.

## RECOMMANDATIONS

***Considérant que le travail multidisciplinaire prévaut dans le milieu de la santé et que plusieurs professionnels peuvent avoir des informations et des inquiétudes quant à la sécurité d'un enfant, nous recommandons :***

***- que la notion de « signalement institutionnel » ou encore de « signalement d'équipe » soit rendue possible par la Loi de la Protection de la Jeunesse, permettant ainsi à l'ensemble des professionnels de la santé impliqués auprès de l'enfant de communiquer à la DPJ les renseignements pertinents et de bénéficier par le fait même des immunités que la loi accorde à la personne qui effectue un signalement de bonne foi (l'immunité ne vaut actuellement que pour la personne qui a fait le signalement);***

***- qu'une réflexion ait lieu quant à l'opportunité de permettre aux professionnels impliqués dans la mise en œuvre de l'Entente multisectorielle de partager avec la DPJ et les policiers les renseignements requis pour mettre au service de l'enfant leur expertise en matière d'interprétation des lésions.***

#### **4) La visite médicale pour tous les enfants faisant l'objet d'un signalement**

Il est très important que les enfants dont le signalement est retenu en évaluation par la DPJ, soient évalués rapidement par un médecin ou une infirmière formée à ce titre et bénéficient d'un suivi médical. Par exemple, l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) recommande que tous les enfants placés en famille d'accueil aient une évaluation médicale dans les premières 72h de leur placement.

En effet, l'examen médical de ces enfants et adolescents peut parfois permettre de documenter des éléments cliniques concordant avec un épisode de maltraitance ou de négligence. Au-delà de la recherche de preuves médico-légales, l'évaluation médicale des enfants et adolescents dont le signalement est retenu vise une prise en charge globale de ces jeunes qui présentent souvent des problèmes multiples au niveau de leur santé physique, mentale, au plan du développement et au niveau psychosocial. À titre d'exemple, nos données locales au CHUSJ démontrent que près de 60% des enfants examinés à la suite d'un abus sexuel suspecté présentent d'autres problèmes de santé.

Notons aussi que ce ne sont pas toutes les demandes d'évaluation pour suspicion de maltraitance qui sont avérées à la suite de certains examens tels qu'une série squelettique, des tests sanguins, etc. En fait, dans 40% des cas les causes des lésions observées seraient de nature accidentelle, 40% non accidentelle et 20% ayant une cause médicale ou indéterminée. Mais certains examens et tests doivent être réalisés devant la présence d'une lésion suspecte que ce soit des ecchymoses significatives, une fracture inhabituelle pour l'âge ou l'histoire invoquée.

Dans certains cas, l'évaluation médicale des enfants signalés demande donc une expertise spécifique et plusieurs de ces enfants, par exemple les plus jeunes présentant des signes possibles de sévices physiques ou sexuels, devraient être vus très rapidement par des équipes spécialisées, certains signes (ecchymoses, etc.) pouvant disparaître rapidement. Il en va de même pour la fratrie d'un enfant présentant des signes de sévices physiques. Toutefois, plus l'enfant est âgé, plus l'évaluation par un médecin de famille pourrait s'avérer appropriée. Une demande de consultation à une équipe spécialisée, si nécessaire, pourrait alors être acheminée.

#### **RECOMMANDATION**

***Considérant l'importance d'une prise en charge globale des enfants suspectés être victimes de maltraitance ou de négligence, nous recommandons et considérons primordial :***

***- que les moyens soient mis en place afin que tous les enfants et adolescents dont le signalement est retenu par la DPJ, ainsi que la fratrie, particulièrement d'enfants présentant des signes de sévices physiques, d'abus sexuel ou de négligence grave, soient évalués rapidement par un médecin, ou dans certains cas par une infirmière formée à ce titre, et bénéficient d'un suivi médical approprié le cas échéant. Plusieurs de ces enfants bénéficieraient d'une évaluation par une équipe spécialisée.***

## 5) Des équipes médicales dans toutes les régions

À l'heure actuelle, les quatre CHU pédiatriques du Québec ont des équipes multidisciplinaires expertes en pédiatrie de la maltraitance. Ces équipes jouent un rôle crucial, soit:

- de développer une expertise de pointe nécessaire pour ces enfants/adolescents qui vivent des situations où leur santé et/ou développement est compromis;
- d'offrir une expertise de santé, entre autres en aidant à la recherche d'éléments pouvant relier la maltraitance aux trouvailles au niveau de la santé ainsi qu'à l'identification de besoins de santé propre aux enfants et adolescents vivant des situations de maltraitance ou de négligence;
- d'offrir de la formation aux différents intervenants et secteurs du réseau;
- de créer une collaboration et une synergie entre les secteurs de protection, justice, éducation, garderie, loisirs, communautaires, pour une meilleure protection et un développement optimal des enfants et adolescents;
- d'offrir un relais vers un suivi psychosocial dans des situations qui nécessitent une intervention rapide que le système hospitalier ne peut absorber.

Toutes ces équipes soutiennent les professionnels et médecins d'autres régions ou sont responsables de larges populations. L'équipe du CHUSJ reçoit la plus grosse clientèle, avec une diversité culturelle importante.

## RECOMMANDATIONS

***Considérant que l'évaluation des enfants et adolescents chez qui on suspecte une situation de maltraitance requiert une expertise pédiatrique de pointe, nous recommandons :***

***- qu'on assure le renforcement et la stabilité des équipes en place dans les quatre CHU pédiatriques du Québec en attribuant des effectifs suffisants au niveau des médecins et des professionnels, afin d'améliorer l'offre de service pour les enfants et adolescents et de permettre aux équipes des CHU de soutenir les équipes régionales et de faire de la formation continue;***

***- qu'on assure l'implantation ou la consolidation dans chacune des régions du Québec, d'équipes multidisciplinaires de santé, composées de médecins (pédiatres ou médecin de famille), infirmière, intervenante sociale et psychologue chargés d'évaluer de manière globale les enfants/adolescents en protection de la Jeunesse et de contribuer à l'évaluation des sévices. Dans certains CISSS, à cause des distances et particularités géographiques, il pourrait y avoir organisation de service sur plus d'un site, avec du personnel formé et soutenu.***

## 6) L'accès aux soins psychothérapeutiques

Les enfants et adolescents desservis par les Centres jeunesse sont fréquemment aux prises avec des problèmes significatifs sur le plan du développement et de la santé mentale. L'évaluation révèle généralement des besoins très grands en soins psychothérapeutiques. Or, l'accès à ces services s'avère très restreint. Les listes d'attentes sont longues, ou bien les services sont offerts pour une durée trop courte considérant la nature et l'ampleur des besoins de ces enfants qui sont très fragilisés alors qu'ils en sont à des étapes cruciales de leur développement.

Si le manque d'accès aux soins psychothérapeutiques représente un problème pour la population générale, les conséquences sont d'autant plus graves pour les enfants de la DPJ aux prises avec des traumatismes qui interfèrent avec leur développement ainsi qu'avec leur capacité d'adaptation face aux mesures parfois rendues nécessaires pour assurer leur sécurité, tel qu'un placement en milieu substitut.

Dans les cas d'abus sexuel, plusieurs régions ne possèdent pas une offre de soutien spécialisée pour les victimes mineures et leurs proches. De plus, nous constatons également un bris de service entre le dévoilement de l'enfant et le début officiel d'une thérapie spécialisée, allant parfois jusqu'à plusieurs mois. Ces familles sont alors référées plus loin de leur domicile et nous observons que plusieurs vont refuser ou abandonner le suivi pour cette raison. Dans certains cas, la clinique de pédiatrie sociojuridique du CHUSJ tente de pallier à cette interruption de service en offrant des soins psychothérapeutiques durant l'intervalle entre l'évaluation et la prise en charge en psychothérapie.

Par ailleurs, nous constatons souvent un arrimage non optimal entre les ressources. Il est fréquent qu'une ressource déjà en place décide de suspendre ou de ne pas poursuivre une intervention lorsque la DPJ est impliquée, alors qu'une collaboration semblerait en fait possible. Selon notre expérience à la clinique de pédiatrie sociojuridique du CHUSJ, lorsque cet arrimage se fait bien, par exemple, entre la ressource en psychologie et un intervenant social du Centre jeunesse, il en ressort une collaboration très riche sur le plan clinique. Ainsi, l'enfant et sa famille peuvent bénéficier directement des effets complémentaires des interventions réalisées.

Les médecins et professionnels du CHUSJ notent depuis quelques années une augmentation significative du nombre de patients qui consultent pour des situations de crise psychosociale. Ceci est particulièrement vrai à la salle d'urgence où on assiste à une montée notable du nombre de demandes d'aide psychosociale. Des enfants y sont référés, parfois même par l'école, en espérant que la consultation à la salle d'urgence accélèrera la prise en charge par les équipes de santé mentale du CLSC. Le CHUSJ est un centre tertiaire de pédiatrie, mais se trouve bien souvent à absorber les problèmes de la première ligne, en particulier dans le domaine de la santé mentale.

Par ailleurs, nous constatons que certaines situations dégènèrent jusqu'au point où la DPJ doit être impliquée alors que si des services psychosociaux de première ligne avaient été disponibles, l'escalade aurait pu être évitée. Tous les intervenants impliqués dans la rédaction de ce document soulignent la nécessité absolue d'avoir une première ligne solide et forte, en particulier dans le domaine des soins en santé mentale.

## **RECOMMANDATIONS**

***Considérant que les enfants et adolescents desservis par les Centres jeunesse sont souvent aux prises avec des difficultés significatives sur le plan de la santé mentale, nous recommandons:***

- de s'assurer que tous les enfants et adolescents aient accès dans un délai raisonnable à des soins et services de psychothérapie (psychologie, travail social, psychoéducation, etc.);***
- d'encourager l'arrimage des soins psychothérapeutiques entre les équipes hospitalières et les services en communauté et de valoriser le développement et le maintien d'une première ligne de soins en santé mentale qui soit solide et forte.***

## **7) La question des multiples placements des jeunes enfants et le soutien aux familles d'accueil aux prises avec des enfants présentant d'importantes difficultés de comportement**

Dans le cadre de notre travail, nous rencontrons parfois des enfants ayant vécu de multiples placements et changements de milieu de garde. Comme d'autres acteurs du milieu, nous constatons les dommages sévères, parfois irréversibles, que ces multiples placements peuvent avoir sur un enfant (trouble de l'attachement, anxiété, trouble de comportement, etc.). La refonte de la loi a prévu une limite de temps avant une décision sur le placement définitif d'un enfant. Malgré cela, les changements multiples de famille d'accueil persistent. Cette situation nous préoccupe et une réflexion s'impose sur la meilleure façon de limiter les changements de milieu pour l'enfant, tout en respectant les contraintes qui sont imposées.

Nous sommes d'avis que les décisions entourant un changement de milieu devraient faire l'objet de réunions multidisciplinaires impliquant, non seulement l'intervenant DPJ et son chef d'unité avec les parents de l'enfant ou parents d'accueil, mais aussi selon le cas, d'autres intervenants significatifs (ex : psychologue, médecin traitant, autre professionnel).

Dans le même ordre d'idées, certains enfants vivent de multiples changements de familles d'accueil en raison de troubles de comportement sévères, épuisant l'une après l'autre ces familles qui très souvent ne reçoivent pas le soutien et la guidance nécessaire. Un soutien adapté à la situation limiterait l'épuisement et donc le transfert dans une autre famille d'accueil ou un autre milieu de vie. Un membre de notre équipe signale d'ailleurs le triste palmarès d'un enfant ayant subi 46 déplacements...

Pour un enfant déjà placé dans une famille d'accueil, ces déplacements peuvent être effectués sans requérir une décision du Tribunal de la Jeunesse. Or, pour un enfant vivant dans sa famille naturelle et vivant une situation similaire, le placement en famille d'accueil est en général judiciairisé. Les « enfants de la DPJ » ne semblent ainsi pas avoir les mêmes droits qu'un enfant vivant dans sa famille naturelle qui ne serait pas placé ailleurs sans décision d'un Tribunal. Si tel était le cas pour tous les enfants, des situations douloureuses seraient ainsi évitées. Prenons l'exemple d'un enfant suivi par les professionnels du CHUSJ, avec trouble de comportement important, qui a été déplacé de famille d'accueil du jour au lendemain, après avoir passé une dizaine d'années auprès d'eux et que des liens d'attachement significatifs se soient développés de part et d'autre. Il aura fallu une plainte à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, et un délai de plus d'un an avant que la famille d'accueil ne retrouve la garde de cet enfant, non sans conséquences sur l'enfant. N'y aurait-il pas lieu aussi d'évaluer davantage ce lien d'attachement, d'y accorder toute l'importance qu'il mérite et de tenter d'obtenir à tout prix de l'aide pour ces problèmes comportementaux avant d'aller d'emblée encore une fois vers un autre placement ?

### **RECOMMANDATIONS**

***Considérant l'impact majeur pour un enfant du fait de vivre de multiples placements, nous recommandons :***

***- qu'une démarche soit faite pour revoir et quantifier le nombre de placements des jeunes enfants, en effectuant un audit de ces placements au cours des dernières années afin de trouver plus rapidement des solutions à long terme pour les enfants.***

**Considérant de plus, que les familles d'accueil sont souvent aux prises avec d'importants problèmes de comportement chez les enfants dont ils ont la charge, et afin d'éviter de nouveaux déplacements pour ces enfants, nous recommandons :**

- de faciliter un accès rapide à une évaluation psychosociale de l'enfant lorsque nécessaire ainsi qu'à l'obtention de soins et de suivi psychothérapeutique;**
- d'offrir un soutien plus continu à ces familles d'accueil et une offre de formations pertinentes si nécessaire;**
- d'impliquer, outre le parent et l'intervenant DPJ, un autre intervenant significatif (par exemple le médecin ou psychologue qui le suit régulièrement) dans la décision de changer de famille d'accueil, si l'enfant y est demeuré un certain temps et évaluer dans ce cas le lien d'attachement avec cette famille d'accueil.**

## **8) Le suivi et la fermeture des dossiers DPJ**

Tel que mentionné précédemment, le manque d'informations peut nuire au suivi des enfants. En effet, si le dossier DPJ est fermé et référé en première ligne, les CLSC se retrouvent souvent démunis face à des familles déjà en souffrance et aux prises avec des problématiques qui demeurent très complexes. L'accès aux soins et services est très limité et l'enfant ou adolescent se retrouve placé sur des listes d'attente, particulièrement pour les jeunes présentant des troubles de comportement ou des difficultés développementales.

Par ailleurs, les clientèles référées au CLSC ou à d'autres organismes du système de la santé, une fois l'intervention DPJ terminée, demeurent des familles présentant certaines vulnérabilités et qui peuvent avoir besoin d'un soutien et d'un accompagnement plus important pour naviguer dans les dédales du système de santé. La DPJ demeure un système plus « obligatoire » pour les parents alors que l'accès aux services du CLSC ou des soins médicaux demande l'implication volontaire, suivie et répétée des parents, ce qui est souvent difficile pour ces familles. Il n'y a pas « d'entre-deux ». Selon la collaboration de la famille, les circonstances et les risques de « rechute », il serait souhaitable que la DPJ garde le dossier ouvert durant un certain temps après un transfert au CLSC afin de conserver le caractère nécessaire du suivi psychosocial et s'en assurer.

### **RECOMMANDATION**

**Considérant que les CLSC interviennent sur la base de la participation volontaire des parents et la vulnérabilité des familles connues de la DPJ à naviguer dans le dédale du système de santé et des services sociaux, nous recommandons :**

- que la fermeture d'un dossier à la DPJ ne survienne pas automatiquement lorsque le CLSC entre en action et que la DPJ demeure impliquée un certain temps après le transfert en première ligne, afin de conserver le caractère nécessaire de ces interventions et de soutenir ces familles.**

## **9) La formation des intervenants sur les aspects médicaux de la maltraitance, la santé mentale et le développement**

La formation des intervenants sociaux du réseau de la santé et des services sociaux sur les aspects médicaux de la maltraitance est importante pour la protection des enfants et adolescents. Lors des communications entre les équipes médicales spécialisées en maltraitance et les services sociaux, de grands efforts de vulgarisation sont faits afin que tous comprennent les enjeux médicaux d'un cas particulier. Il nous apparaît pertinent que les intervenants sociaux possèdent tous une base de connaissances pour éviter qu'ils aient à se fier excessivement à l'opinion médicale ou à l'opposé, qu'ils ne prennent des décisions sur l'orientation d'un cas qu'en se basant sur leur propre interprétation des trouvailles médicales, sans consulter un expert. Ce dernier cas de figure peut mener à des situations malheureuses, telles qu'un intervenant qui répond « c'est juste des ecchymoses, il n'y a pas de fracture » et qui ne complète pas l'évaluation de la situation. Or, il est maintenant bien connu qu'une ecchymose inexpiquée (ou faussement expliquée) chez un nourrisson est souvent le signe précurseur de mauvais traitements plus sévères.

Dans d'autres cas, des décisions seront prises sans consulter un professionnel de la santé. En particulier pour les victimes de sévices sexuels, bien des intervenants ne jugeront pas nécessaire de diriger la victime vers des services médicaux, sachant que l'examen s'avère le plus souvent normal. De plus, lorsqu'un examen s'avère normal, certains intervenants en concluent à tort qu'il ne s'est rien passé, alors qu'il a été démontré que même dans des cas d'abus sexuels prouvés, l'examen physique est normal dans plus de 95% des cas. Cependant, la visite médicale s'avère tout de même très utile, en particulier pour rassurer les victimes sur leur intégrité physique mais également pour évaluer leurs besoins, d'autres problématiques médicales étant souvent retrouvées, sans compter les besoins en suivi post-trauma. Les intervenants devraient donc être formés à propos de la nécessité du suivi médical en de telles circonstances.

Nous sommes d'avis que la formation offerte aux intervenants sociaux doit être continue et répétée puisque les données probantes changent et évoluent. Les intervenants changent également et on doit s'assurer que tous ont reçu la formation en temps opportun. La formation offerte devrait couvrir les principes de base de l'évaluation médicale des situations de maltraitance suspectée (abus sexuel, abus physique, négligence, etc.), une formation en santé mentale et une formation sur le développement de l'enfant, les enjeux de la petite enfance et de l'attachement.

Il est intéressant de noter qu'il y a depuis plus de 18 ans, des cours donnés aux policiers à l'École nationale de police du Québec (ENPQ) qui portent sur ces aspects médicaux, tant au niveau des agressions sexuelles que des sévices physiques. Les pédiatres participent plusieurs fois par année à ces formations mais il n'existe pas d'équivalent, au Québec, pour les intervenants sociaux.

Parmi les bénéfices de la formation donnée aux policiers, mentionnons une meilleure compréhension des mécanismes ou causes de certaines lésions, une aptitude à élaborer des pistes d'intervention ou même à faire le lien avec certains éléments observés à l'endroit où se serait déroulé l'incident ayant amené la blessure.

La formation des juges et procureurs sur certains aspects médicaux de la maltraitance, la santé mentale, le développement et la petite enfance ainsi que les notions d'attachement, est aussi importante. À l'occasion, des formations ont parfois été demandées mais elles sont très rares et il n'y a pas d'obligation de formation en maltraitance; pourtant, il est aussi pertinent pour eux d'être à jour, considérant les controverses et mésinterprétations de la littérature médicale véhiculées lors de témoignages d'experts.

## RECOMMANDATIONS

***Considérant les bénéfices et l'importance pour tous les intervenants, soit sociaux, policiers ou judiciaires, de connaître les notions fondamentales sur les aspects de santé physique et mentale de la maltraitance et sur le développement de l'enfant, nous recommandons :***

***- que soit mis en place un plan de formation continue des intervenants sociaux de la DPJ relativement aux aspects médicaux des abus physiques, sexuels, psychologiques et de la négligence ainsi qu'aux aspects de l'attachement, de la santé mentale et du développement de la petite enfance. Ces formations devraient aussi être en ligne;***

***- que soient dispensées des formations sur ces sujets destinés aux acteurs du système judiciaire appelés à traiter des dossiers de maltraitance.***

### **10) La collaboration et la communication**

La collaboration et la communication sont primordiales pour une intervention de qualité, et ce, tout au long du parcours d'un enfant ou d'un adolescent dans le système de protection de l'enfance québécois. Il faut à tout prix éviter le travail en silos. Malheureusement, la pratique nous amène à faire fréquemment le constat d'un manque de communication entre les ressources déployées ou à déployer pour un enfant et sa famille. Il y aurait lieu d'établir plus de ponts avec les milieux de santé, les écoles, les services de garde, le milieu communautaire et le système de protection de la jeunesse. Il serait intéressant que ces milieux puissent bien se définir selon leur rôle respectif ainsi que selon les voies possibles de collaboration active avec les services en protection de la jeunesse, de manière à favoriser le déploiement de services réellement intégrés.

Nous sommes aussi d'avis et c'est notre expérience, que la stabilité de l'intervenant qui prend charge d'un enfant en protection est importante, assurant une meilleure continuité de services et soins pour l'enfant et une communication et collaboration plus efficiente avec les professionnels impliqués. Tous les moyens devraient être mis en œuvre pour assurer cette stabilité.

#### **10.1 Lien continu avec un représentant pivot du DPJ pour les équipes de santé spécialisées dans l'évaluation des enfants chez qui on suspecte de la maltraitance.**

À une certaine époque, un intervenant de la DPJ assistait régulièrement aux réunions de l'équipe de pédiatrie sociojuridique du CHUSJ et ceci menait à des échanges fructueux permettant d'améliorer la communication entre nos équipes et celles des DPJ impliquées, ainsi que la qualité de nos interventions. Depuis quelques années, cette présence n'est plus systématique et les discussions s'effectuent maintenant au cas par cas. Nous croyons cependant que la présence d'un interlocuteur privilégié améliore grandement le travail interdisciplinaire. Des efforts ont été faits récemment afin de tenir des réunions plus régulières avec nos interlocuteurs principaux à la DPJ et des mécanismes ont été mis en place afin de régulariser les canaux de communication entre les services de protection de la jeunesse de Montréal et le CHUSJ. Ceci nous permet de régler plus rapidement et plus efficacement les différents problèmes ou obstacles pouvant survenir en cours d'évaluation. Ces rencontres sont toutefois le fruit d'initiatives individuelles et n'ont pas lieu avec toutes les DPJ avec qui nous collaborons. Un interlocuteur devrait être identifié dans chaque DPJ avec qui l'équipe spécialisée a des contacts significatifs (dans notre cas, Montérégie, Laval, Laurentides, Lanaudière). Cet intervenant pivot pourrait assister à des réunions régulières, serait le point de contact pour les besoins ponctuels et faciliterait les échanges requis pour la compréhension mutuelle des rôles et pour les besoins de coordination. Nous croyons qu'une telle

collaboration permettrait d'assurer un travail interdisciplinaire de qualité, en planifiant de meilleures interventions pour les enfants et adolescents, dans le respect des rôles de chacun. Il devrait en être de même pour chacune des régions ou équipes spécialisées ailleurs au Québec ainsi que pour les équipes de pédopsychiatrie.

## **10.2 Poursuite du partage d'informations cliniques pertinentes entre la DPJ et le système de soins**

Au-delà du travail en clinique spécialisée dans l'évaluation de la maltraitance des enfants, il est évident que la communication constitue un enjeu important à plusieurs niveaux. Nous tenons à souligner l'importance de poursuivre le partage d'informations cliniques pertinentes concernant l'enfant, et ce même après la rétention du signalement, soit aux étapes de l'évaluation et de l'application des mesures. Des échanges réguliers et bien planifiés permettent une meilleure compréhension de la contribution du médecin, pour tous les intervenants et non seulement pour les intervenants DPJ.

Il est clair que l'absence de transfert d'informations de la part de la DPJ vers d'autres organismes assurant le suivi des enfants, particulièrement dans le domaine de la santé (services médicaux, CLSC, pédopsychiatrie, psychologie, service de réadaptation, etc.) peut nuire au suivi de l'enfant ou adolescent. On donne ainsi pour exemple, un enfant aux prises avec d'énormes difficultés de comportement, suivie en pédopsychiatrie, ayant vécu de multiples traumatismes antérieurs, traumatismes qu'une intervenante DPJ refuse de divulguer pour des raisons de confidentialité. Or ces informations sont jugées nécessaires pour prendre en charge les problèmes de comportements ou de santé mentale de l'enfant. On note ainsi une variabilité dans l'interprétation de la confidentialité et l'usage de cette notion pour livrer ou non des informations. Or il en va du meilleur intérêt de l'enfant que des professionnels impliqués et importants pour les soins de l'enfant aient les informations nécessaires et pertinentes et nous croyons que l'intervenant social de la DPJ doit pouvoir faire preuve de souplesse dans l'interprétation des règles de confidentialité, dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Prenons aussi l'exemple d'un psychologue qui suivrait un enfant et ne serait pas avisé de la fin de l'intervention DPJ ou encore d'un changement de famille d'accueil, alors que ce genre d'évènement a un impact significatif sur le bien-être émotionnel d'un enfant. Par ailleurs, lorsque la DPJ termine son intervention, on assiste parfois à un relâchement de l'assiduité aux rendez-vous ou de l'intensité de la prise en charge médicale. Il est donc souhaitable que les professionnels de la santé soient avisés de la fin de l'intervention de la DPJ afin de mettre en place des mesures, si nécessaires, pour favoriser la poursuite des interventions en cours.

Finalement, nous voulons souligner qu'il serait aussi intéressant d'avoir à l'occasion, de la part de la DPJ, un retour sur le devenir des enfants, particulièrement pour les équipes spécialisées en évaluation de la maltraitance des enfants. Ceci enrichit l'expertise des membres de ces équipes, soutient la motivation et permet à ces professionnels de se sentir de véritables collaborateurs.

## **10.3 Collaboration et communications avec le système judiciaire**

Par ailleurs, lorsque la situation d'un enfant se judiciaire, que ce soit à la Chambre de la Jeunesse ou à la Chambre criminelle, une certaine collaboration entre le milieu médical et judiciaire s'est établie au fil des années. Toutefois, des améliorations sont toujours de mise et permettraient de meilleurs résultats, tout en facilitant le travail de tous les acteurs. En effet, lorsque les dossiers progressent et que le médecin est appelé à agir comme expert à la cour, on note qu'il y a parfois peu de discussions avec le procureur ou alors que ces discussions ont lieu à la dernière minute.

Il est dans le meilleur intérêt de l'enfant que des rencontres préparatoires aient lieu avec le procureur au dossier en temps opportun.

En ce qui a trait aux communications avec les policiers dans le cadre de l'Entente multisectorielle, voir le point 3.

## **RECOMMANDATIONS**

***Considérant que la collaboration et la communication sont primordiales pour une intervention de qualité, nous recommandons :***

- qu'un intervenant pivot soit désigné dans chacune des DPJ afin d'être l'interlocuteur privilégié entre les équipes médicales et la DPJ;***
- que l'échange d'information entre la DPJ et le milieu de la santé soit favorisé et encouragé, dans un esprit de collaboration et dans le respect des règles de confidentialité mais dans le meilleur intérêt de l'enfant/adolescent, et ce, à toutes les étapes du signalement et de l'implication de la DPJ;***
- que les équipes médicales et paramédicales impliquées auprès d'un enfant soient avisées lorsque la DPJ termine son intervention;***
- que des rencontres préparatoires avec le procureur au dossier aient lieu en temps opportun lorsque le dossier d'un enfant se judiciarise et qu'un professionnel de la santé agit comme témoin-expert.***

### **11) Les enfants et adolescents hébergés et le soutien à la petite enfance**

Des enfants ou adolescents également suivis par le DPJ ou les services des centres jeunesse sont pris en charge par le département de pédopsychiatrie au CHUSJ ; ils sont soit hospitalisés, ou évalués et suivis en clinique ambulatoire. Toutefois, le département de pédopsychiatrie du CHUSJ collabore aussi avec le Centre Jeunesse de Montréal depuis de nombreuses années pour la clientèle hébergée en centre de réadaptation et dans les foyers connexes, entre autres, le foyer d'accueil en petite enfance « Mont Petit », le centre Dominique Savio et Rose-Virginie Pelletier et leurs foyers contractuels. De plus, en petite enfance, un service de consultation pour l'équipe professionnelle (intervenants sociaux, psychologues, éducateurs) pour les jeunes non-hébergés est également offert.

Ces enfants et adolescents sont parmi les plus vulnérables au sein de la clientèle en protection de l'enfance et constituent un groupe présentant de sérieux problèmes de comportement et de santé mentale, sans compter les problèmes de santé physique. Une étude faite auprès de plus de 300 adolescents québécois en hébergement a montré qu'ils ont en moyenne plus de 4 problèmes de santé physique ou mentale. Les pédopsychiatres notent fréquemment des symptômes psychologiques et comportementaux graves et persistants, nécessitant des interventions adaptées et individualisées, entre autres pour des troubles d'attachement, des troubles de l'adaptation à un environnement instable, des troubles de stress post-traumatique et des troubles de la personnalité en émergence, souvent sévères et, à l'occasion, d'autres troubles psychiatriques, par exemple, un prodrome schizophrénique qui doit être identifié et traité.

Nos pédopsychiatres aident l'équipe médicale et professionnelle du Centre jeunesse à identifier les troubles de santé mentale et psychiatriques des jeunes et à les orienter vers la ressource

pertinente en santé mentale. Ils collaborent aussi avec les équipes du Centre jeunesse pour approfondir leur compréhension des symptômes psychologiques et comportementaux chez les jeunes et des traitements proposés pouvant inclure la psychothérapie, les approches d'apaisement en ergothérapie, des interventions psychoéducatives adaptées et l'encadrement individualisé notamment pour les jeunes enfants avec trouble sévère de l'attachement. Ceci se fait, entre autres, au travers de rencontres multidisciplinaires avec un pédopsychiatre-répondant pour les situations plus complexes. De plus, en raison de la vulnérabilité des jeunes hébergés, certaines situations nécessitent souvent une évaluation par le psychiatre-répondant. Le travail au long cours avec l'équipe d'hébergement et les informations collatérales recueillies lors des réunions nous permettent de clarifier le portrait clinique des jeunes et d'éviter des sur-diagnostic ou faux-positifs, ce qui peut arriver en raison de la sévérité des symptômes et l'épuisement fréquent des professionnels impliqués. Ce travail de collaboration est menacé par les coupures de personnel.

## **RECOMMANDATIONS**

***Considérant la prévalence importante des problèmes de santé mentale chez les jeunes suivis par la DPJ, particulièrement chez les jeunes hébergés et chez les très jeunes enfants, outre les recommandations sur la communication, la collaboration et la formation déjà mentionnées, nous recommandons :***

- ***que des efforts soient faits pour pallier à l'inégalité importante des services régionaux en première enfance pour les enfants sous mandat DPJ; ceci inclut l'accès aux services de réadaptation offerts par la DPJ ;***
- ***que la présence et la participation des intervenants de la DPJ lors des moments clés du suivi clinique en psychiatrie de la première enfance soient encouragées et favorisées, incluant lors des bilans interdisciplinaires ;***
- ***que la DPJ puisse permettre aux intervenants de limiter la surcharge des familles d'accueil qui reçoivent trop souvent un nombre élevé d'enfants aux besoins très complexes ;***
- ***que la gamme de services offerts par la DPJ soit élargie, incluant non seulement les services psychoéducatifs et sociaux mais aussi les services spécialisés en ergothérapie et en orthophonie, autant en régions qu'en centres urbains ;***
- ***que le MSSS contribue à investir dans la recherche en intervention précoce pour les enfants à très haut risque d'abus et de négligence ;***
- ***que soit favorisé l'accès à des postes de psychiatres-répondants consacrant une partie de leur temps professionnel à soutenir les enfants des centres jeunesse, notamment les enfants hébergés en foyer de groupe qui présentent des troubles graves de l'attachement ou des traumatismes complexes et les enfants des programmes liés à l'adoption (banque mixte) ;***
- ***que soient maintenues les réunions multidisciplinaires avec le pédopsychiatre-répondant et les équipes multidisciplinaires du centre jeunesse, malgré les coupures de personnel ;***
- ***que des thérapies adaptées à cette clientèle vulnérable leur soient accessibles, en favorisant la formation du personnel et des professionnels des centres jeunesse.***

## 12) La révision systématique des incidents et des événements indésirables graves

La situation de la fillette de Granby a soulevé l'indignation et a mené à la mise sur pied de la commission actuelle. Toutefois, des événements indésirables graves ou des décès sont déjà survenus auparavant chez des enfants qui étaient suivis par la DPJ et les centres jeunesse (autant aux étapes du signalement que de l'évaluation ou l'application des mesures). Récemment, des enfants déjà connus du DPJ ont été découverts lors d'une visite fortuite, vivant dans des conditions insalubres et en situation de grande négligence. On a entendu l'histoire de cet enfant faisant l'objet d'un signalement pour blessures inexplicables et décédé alors qu'il était en attente d'évaluation par la DPJ depuis plus d'un mois.

Certaines de ces situations ont fait l'objet d'une enquête de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec (CDPDJ). Toutefois, il nous semble que les situations où un enfant, suivi ou signalé à la DPJ, subit un événement indésirable grave ou décède ne sont pas systématiquement évaluées par un organisme indépendant. Nous sommes d'avis que tout devrait être fait afin de s'assurer que des décès ou événements indésirables graves ne se répètent pas.

Il existe en médecine des comités d'évaluation des décès et des événements indésirables (les « comités de mortalité et de morbidité ») qui évaluent systématiquement les situations indésirables avant même qu'une plainte ne soit formulée par un usager. De plus, les établissements de santé doivent divulguer et évaluer systématiquement les accidents et incidents qui surviennent, en faire l'analyse et faire rapport régulièrement au conseil d'administration et aux gestionnaires.

Il nous apparaît pertinent qu'un processus similaire, systématique (i.e. ne nécessitant pas de plainte formelle) soit mis en place à la DPJ pour d'une part relever les difficultés et les manquements pouvant survenir lors d'une intervention de la DPJ, et d'autre part permettre la compilation de ces difficultés, offrir une vision globale de la situation et du type de situations problématiques, faciliter le suivi de ces incidents et mettre des mesures en place pour éviter qu'ils ne se reproduisent. Toute situation où un enfant suivi ou signalé à la DPJ subit un événement indésirable tel qu'une détérioration aiguë et évitable d'une condition médicale connue, l'absence de transfert d'informations médicales importantes ou de médicaments lors d'un changement de famille d'accueil, ou encore « l'oubli d'un enfant dans le système informatique », devrait faire l'objet d'une déclaration d'incident et d'une révision systématique afin de tenter d'identifier des facteurs modifiables. Ce système de révision devrait avoir lieu régulièrement et être souple, flexible, présent dans chacun des CIUSSS ou CISSS, tout en ayant une coordination provinciale et spécifique aux enfants et adolescents en situation de protection.

Aussi, toute situation où un enfant suivi ou signalé en protection décède ou subit un événement indésirable grave devrait être évaluée au fur et à mesure. Un rapport obligatoire des problématiques et un mécanisme d'évaluation et de suivi devraient être instaurés, sous l'égide d'un comité indépendant, provincial ou suprarégional et multidisciplinaire.

### RECOMMANDATIONS

***Considérant la survenue de certaines événements indésirables graves ou des décès chez les enfants/adolescents suivis ou signalés en protection, nous recommandons :***

***- que ces situations soient signalées de façon systématique et fassent l'objet d'une analyse et d'un suivi par un comité provincial ou suprarégional, indépendant et multidisciplinaire.***

**Considérant que des incidents moins graves mais néanmoins significatifs peuvent survenir dans l'évaluation et le suivi d'un enfant/adolescent en protection, nous recommandons :**

**- que les incidents impliquant les enfants en protection soient systématiquement déclarés, et fassent l'objet d'une compilation, analyse et évaluation à l'interne de manière à permettre des améliorations empêchant qu'ils se reproduisent.**

### **13) La prévention**

Les intervenants du CHUSJ sont souvent témoins de situations où les difficultés sociales sont manifestes. Nous souhaitons tous pouvoir intervenir précocement et éviter l'escalade vers une situation où le bien-être et la sécurité d'un enfant/adolescent sont compromis. Avant d'avoir à impliquer la DPJ, les options de prévention sont minces. En effet, la faible disponibilité des services sociaux pour les familles crée un fossé important entre les situations « normales », non problématiques, et celles suffisamment graves pour être retenues par la DPJ. Pour le grand nombre de familles se trouvant entre les deux extrémités de ce spectre, il est trop souvent difficile de bénéficier de ressources appropriées pour assurer le bon développement de l'enfant/adolescent. Certains parents ont la volonté et les moyens de poursuivre eux-mêmes les démarches afin d'obtenir l'aide et le soutien requis, mais bien des familles sont vulnérables et bénéficieraient d'un meilleur accompagnement et de davantage de services. Nous déplorons d'ailleurs les restrictions d'accès apportées ces dernières années à des programmes tels que SIPPE (Soins intégrés en périnatalité et petite enfance) et autres, pour certaines clientèles qui en bénéficieraient beaucoup.

De plus, le CHUSJ a développé un programme de prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile avec une phase en postnatal immédiat (fiches sur les pleurs, la colère et le syndrome du bébé secoué), et une phase en CLSC lors de visites programmées (vaccination, etc.), ou en GMF ou autres lieux significatifs, soit le thermomètre de la colère. Ces outils devraient être diffusés largement auprès de CISSS et CIUSSS et auprès des intervenants qui côtoient des enfants. Les ressources appropriées devraient être allouées au CHUSJ pour maintenir et développer cette mission de prévention.

### **RECOMMANDATIONS**

**Considérant le rôle clé de la prévention, et l'importance d'agir en amont, nous recommandons :**

**- que la Commission d'enquête reconnaisse et mette de l'avant auprès des décideurs l'importance d'investir dans les services à l'enfance et aux familles, afin que des interventions précoces puissent être effectuées pour préserver le bien-être des enfants;**

**- que des ressources soient allouées pour les programmes de prévention comme ceux développés par le CHUSJ.**

## **ANNEXE 1**

### **Description des services du CHUSJ en protection de la jeunesse**

La première clinique de « Protection de l'Enfance » du CHUSJ a été fondée par Dr Gloria Jeliu en 1974. Elle donnait suite à un mouvement américain initié au début des années 70 où un radiologiste avait émis l'hypothèse que des fractures chez les enfants n'étaient pas toutes accidentelles, mais parfois le résultat de mauvais traitements physiques. Au fil des ans, le CHUSJ a développé une expertise spécifique pour intervenir auprès des enfants et adolescents victimes de maltraitance. Différents services se sont mis en place pour permettre d'offrir un soutien et un suivi de qualité aux victimes.

En 2002, les activités liées à la maltraitance ont été réunies sous le secteur de la pédiatrie sociale. La pédiatrie sociale est l'entité qui gère, entre autres, les services offerts en protection de la jeunesse et en maltraitance envers les enfants et adolescents. Orienté vers les services cliniques, l'enseignement, la formation continue, la recherche et la prévention, ce secteur regroupe différentes cliniques et activités nécessaires à l'intervention de qualité auprès de cette clientèle. Le secteur de pédiatrie sociale contribue aussi activement à la formation et à l'enseignement aux professionnels de divers milieux par des cours, congrès, conférences et stages de perfectionnement.

En 2003, le CHUSJ a initié un colloque provincial qui réunit tous les intervenants œuvrant autour de la maltraitance et qui se tient aux deux ans.

Notons aussi que le CHUSJ, depuis 1977, est un centre désigné sur le territoire de Montréal pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle 0-17 ans.

Au CHUSJ, les services en maltraitance gravitent autour de trois pôles dans le secteur de la pédiatrie sociale et maltraitance.

#### **1) Médecine de l'adolescence : 12-18 ans**

La section de médecine de l'adolescence, en fonction depuis 1975, consacre une partie de ses activités et ressources à des clientèles en maltraitance. Depuis 1977, une grande partie de cette clientèle particulière est composée d'adolescent(e)s ayant vécu des agressions sexuelles. Les demandes de consultation proviennent à 50% de l'urgence (suite à une consultation urgente dans les 5 jours pour une trousse médicolégale), les autres étant référés par les DPJ, les écoles, CISSS, etc. Y consultent aussi quelques jeunes ayant vécu des mauvais traitements physiques ou de la négligence, la plupart référés par les DPJ.

89 nouveaux adolescent(e)s/an y sont évalués, la majorité pour des abus sexuels

#### **2) Équipe Santé Enfance Jeunesse**

Le CHUSJ a une équipe de sept infirmières et des pédiatres qui offre des consultations spécialisées dans les points de service du Centre jeunesse de Montréal depuis 1979 avec une entente contractuelle formelle reformulée en 2004. Ces professionnels de la santé font une évaluation de santé globale d'enfants signalés au DPJ et assurent un suivi pour des situations difficiles en attendant que les services dans la communauté prennent la relève.

Près de 1000 enfants y sont évalués/an, enfants préalablement signalés au DPJ et environ 800 autres sont suivis par l'équipe.

### 3) Clinique de pédiatrie sociojuridique

Certains services étaient offerts en maltraitance depuis 1974. L'avancée des connaissances, particulièrement au niveau des abus sexuels puis par la suite au niveau de l'évaluation médicale des maltraitements physiques envers les enfants a mené à la création de la clinique de pédiatrie sociojuridique en 1990. L'expertise de la clinique s'est développée au fil des ans de sorte que le CHUSJ est devenu un chef de file dans le domaine.

L'objectif de la clinique de pédiatrie sociojuridique est d'offrir à la clientèle, de 0 à 11 ans (et 12-18 pour les hospitalisés), une expertise médicale et médicolégale afin de déterminer sur le plan de la santé physique et développementale, s'il existe ou non : 1) des signes compatibles avec un abus physique, sexuel ou de la négligence, 2) ainsi que toutes autres conditions de santé physique, mentale ou développementale. Il est important de mentionner que les besoins particuliers de l'enfant et ceux de tous les membres de sa famille ainsi que l'existence et les exigences de lois spécifiques aux jeunes de moins de 18 ans (Loi sur la protection de la jeunesse et LSSSS) réclament une intervention spécifique et particulière. La *clinique de pédiatrie sociojuridique* offre ainsi une expertise autant au niveau de l'évaluation et de l'intervention, qu'au niveau de l'orientation et du suivi

La clinique de pédiatrie sociojuridique offre ses services aux enfants référés par les Centres jeunesse particulièrement ceux de Montréal, Montérégie, Lanaudière, Laurentides, Laval et parfois d'autres centres jeunesse plus éloignés. Elle reçoit aussi des demandes d'évaluation provenant des cliniques ambulatoires, de l'urgence et des unités de soins du CHUSJ, ainsi que de médecins ou intervenants des CISSS ou CIUSSS et parfois directement de certains policiers ou tribunaux. Les parents peuvent aussi obtenir un rendez-vous en appelant directement à la clinique.

Les différents types d'abus possibles évalués à la clinique sont: les agressions sexuelles, les abus physiques, la négligence, les comportements sexualisés problématiques et les troubles factices par procuration.

Il est indispensable de travailler en équipe afin de traiter les situations de maltraitance avec un maximum d'efficacité. Il faut voir clair, vite et correctement. Il est préférable alors que l'intervenant ne travaille pas seul. Il faut tenir compte à la fois de l'aspect médical et thérapeutique mais aussi des aspects légaux inhérents à ces problématiques. Afin de répondre à son mandat, l'équipe interdisciplinaire de la *clinique de pédiatrie sociojuridique* est composée de quatre pédiatres œuvrant chacun à temps partiel, d'une infirmière clinicienne, d'une travailleuse sociale, d'une psychologue (0.6 ETP) et d'une secrétaire médicale.

Chaque année, de 200 à 300 enfants sont évalués par l'équipe de pédiatrie sociojuridique, soit environ 180 à 200 visites annuelles en clinique externe et 50 à 75 consultations auprès des patients hospitalisés. Les membres de la clinique de pédiatrie sociojuridique sont également disponibles pour soutenir les médecins, DPJ et policiers des quatre coins du Québec et offrent un service de consultation téléphonique et d'évaluation sur dossier.

#### **4) Service de pédopsychiatrie aux clientèles hébergées dans le Centre Jeunesse de Montréal**

Le CHUSJ collabore avec le Centre Jeunesse de Montréal depuis de nombreuses années pour la clientèle hébergée en centre de réadaptation et dans les foyers connexes. Il s'agit plus spécifiquement des centres Dominique Savio et Rose-Virginie Pelletier, le foyer d'accueil en petite enfance « Mont Petit » et leurs foyers contractuels. De plus, en petite enfance, un service de consultation pour l'équipe professionnelle (intervenants sociaux, psychologues, éducateurs) pour les jeunes non-hébergés est également offert.

##### **a) Moyens mis en place**

1- Consultation de 2<sup>e</sup> niveau - Réunions avec l'équipe des centres de réadaptation aux trois semaines

Les équipes d'éducateurs de suivi bénéficient de rencontres hebdomadaires, dites de premier niveau, avec un professionnel afin d'ajuster l'encadrement et aider à dénouer des enjeux affectifs souvent importants. Ce travail de soutien est essentiel, permettant à l'éducateur de poursuivre son travail malgré la persistance de symptômes importants chez l'enfant durant parfois plusieurs mois. L'absence de ces rencontres amène des modifications parfois impulsives de l'encadrement de l'enfant ou même une escalade de contrôle extérieur.

Malgré ces rencontres de premier niveau, les professionnels et éducateurs de suivi ont fréquemment besoin de présenter des situations difficiles aux réunions dites de deuxième niveau. Sont présents à ces rencontres, le responsable des réunions, un professionnel du centre, le psychiatre, le coordonnateur de l'hôpital, l'ergothérapeute, les médecins et infirmières du service de santé. Différentes suggestions sont alors proposées, par exemple une évaluation en ergothérapie, un suivi en psychologie ou bien sûr une évaluation en psychiatrie.

2- Évaluation des situations avec une expertise psychiatrique.

En raison de la vulnérabilité des jeunes hébergés, leurs situations nécessitent souvent une évaluation avec une expertise psychiatrique par le psychiatre-répondant. Le travail avec l'équipe d'hébergement au long cours et les informations collatérales recueillies lors des réunions de deuxième niveau nous permettent à clarifier le portrait clinique des jeunes et à éviter des sur-diagnostic ou faux-positifs, ce qui peuvent arriver en raison de la sévérité des symptômes et l'épuisement fréquent des professionnels impliqués.

3- Les thérapies

Il faut développer des thérapies adaptées à cette clientèle vulnérable par formation du personnel et professionnels du centre jeunesse en collaboration des ressources en psychiatrie

- Thérapie centrée sur le trauma, (Ex Thérapie cognitivo-comportementale – focus au trauma).
- Thérapie du mouvement oculaire. (Ex. EMDR Eye movement desensibilisation and reprocessing, IMO Intégration par mouvement oculaire).
- Thérapie comportementale dialectique adaptée à cette clientèle, par exemple en intégrant l'éducateur de suivi en l'absence du parent.
- Milieu-thérapie adaptée pour les enfants avec trouble de l'attachement sévère supervisée par un professionnel avec une formation spécifique en trouble de l'attachement.
- Prévention de l'abus de substances avec des programmes validés par des données probantes de détection et d'intervention (exemple: « Preventure » par Patricia Conrod).