

Université de Montréal

**Enjeux éthiques du signalement de la maltraitance aux services de protection de la jeunesse**  
*Expériences et perspectives des soignants d'un centre hospitalier pédiatrique de soins tertiaires*

*Par*

Clara Low-Décarie

Université de Montréal

Faculté de médecine

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences biomédicales,  
option éthique clinique

Avril 2022

© Low-Décarie, 2022



Université de Montréal

Faculté de médecine

---

*Ce mémoire intitulé*

**Enjeux éthiques du signalement de la maltraitance aux services de protection de la jeunesse**

*Expériences et perspectives des soignants d'un centre hospitalier pédiatrique de soins tertiaires*

*Présenté par*

**Clara Low-Décarie**

*A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Guylaine Larose**

Président-rapporteur

**Nathalie Gaucher**

Directeur de recherche

**Annie Janvier**

Codirecteur

**Claude Cyr**

Membre du jury



## Résumé

La maltraitance des enfants est une problématique mondiale majeure qui est de plus en plus reconnue comme étant un problème de santé publique, mais aussi une violation inacceptable des droits fondamentaux des enfants. Les systèmes tentent de protéger les victimes entre autres à travers des législations rendant obligatoire le signalement des situations de violence ou de négligence envers les enfants aux services de protection de la jeunesse. Il est possible que ces législations permettent une meilleure identification des cas de maltraitance. Toutefois, le réel impact du signalement obligatoire et les perspectives des professionnels de la santé à son sujet doivent continuer d'être explorés. Plusieurs études se sont intéressées aux obstacles ressentis lorsqu'un professionnel envisage faire un signalement, mais très rarement avec un intérêt pour les dilemmes moraux. À travers une étude exploratoire, notre objectif était de décrire les expériences et perspectives de cliniciens d'un centre hospitalier universitaire pédiatrique du Québec face aux dilemmes moraux engendrés par le besoin de signaler une situation qu'ils identifient comme étant possiblement de la maltraitance. Nous avons exploré les impacts potentiels de la profession (infirmiers.ières, médecins, résidents), du milieu de travail (pédiatrie générale, néonatalogie, urgence) et du nombre d'années en pratique. Une attention particulière a été accordée au concept de divulgation du signalement, à la perception de la formation reçue et aux inquiétudes engendrées pour la sécurité des enfants pendant la pandémie à COVID-19. Cent trente-cinq participants ont répondu à un questionnaire anonyme en ligne développé par l'équipe de recherche en se basant sur la littérature existante. Quatre-vingt-seize pourcents des répondants avaient rencontré des situations de possible maltraitance dans le cadre de leur travail. Ils étaient généralement subjectivement engagés envers leurs responsabilités de signaler celles-ci, mais ne seulement 44% l'avaient déjà fait eux-mêmes. Le travail d'équipe et la délégation des responsabilités semblaient contribuer à cet écart entre l'exposition des participants et leurs expériences de signalement. Soixante-neuf pourcents des répondants considéraient que le signalement devrait être divulgué aux familles au moins aussi souvent que possible, même si plusieurs exprimaient des craintes à cet effet, principalement en lien avec leur propre sécurité. La formation était perçue comme importante, mais déficitaire selon 88-89% des répondants. La pandémie à COVID-19 et les mesures sanitaires associées ont suscité d'importantes inquiétudes pour la sécurité des enfants dans leur foyer. Plusieurs aspects éthiques, explorés en détails dans ce travail, doivent être pris en considération quand il est question de maltraitance pédiatrique, à la fois en clinique et dans les enseignements au sujet de sa reconnaissance et de son signalement.

**Mots-clés :** maltraitance pédiatrique, signalement, enjeux éthiques, perspectives des soignants



## Abstract

Child maltreatment is an important global problem that is increasingly being recognised as a public health issue as well as a clear violation of children's fundamental rights. Mandatory reporting is a legislative attempt to decrease its prevalence and impacts. It is generally thought that these laws improve child maltreatment detection rates. However, the actual effects of these legislations, as well as mandated reporters' perspectives on them, remain unclear. Several studies have explored the obstacles that are perceived in the reporting process, including many of which can be considered moral dilemmas. Through an exploratory study, our aim was to describe the experiences and perspectives of healthcare professionals from a large Quebec paediatric university centre when they considered reporting the situation of a child to protective services. We were interested in the reporting process rather than initial identification. We also explored how profession (nurse, doctor or resident), work environment (general paediatrics team, neonatal intensive care unit or emergency department) and years in practice influenced these experiences and perspectives. Additional questions addressed the concept of disclosure of the reporting to the families involved, training on child maltreatment and its reporting as well as the perceived impacts of the COVID-19 pandemic on children's safety. One hundred and thirty-five respondents answered an anonymous online survey constructed by the research team based on a review of the available literature. Most (96%) participants had encountered situations of possible child maltreatment through their work and reported being committed to their mandated reporting obligations. However, only 44% had personally reported a situation to protective services. Teamwork and/or delegation of reporting duties seemed to contribute to the gap between exposure and reporting experiences. Sixty nine percent of participants felt that families should be told about healthcare professionals' concerns at least as often as possible, but many expressed significant concerns, mostly related to their own safety and wellbeing. Training was lacking according to 88-89% of respondents. Regarding the COVID-19 pandemic and associated sanitary restrictions, participants were concerned for children's safety in their homes. Many ethical aspects of the reporting process should be considered when addressing a particular situation but also when teaching and training professionals in the identification and reporting of child maltreatment.

**Keywords** : child maltreatment, reporting, healthcare workers, ethical/moral dilemmas, disclosure to families



# Table des matières

<b>Enjeux éthiques du signalement de la maltraitance aux services de protection de la jeunesse .</b>	<b>1</b>
<b>Enjeux éthiques du signalement de la maltraitance aux services de protection de la jeunesse .</b>	<b>3</b>
Résumé .....	5
Abstract .....	7
Table des matières .....	9
Liste des tableaux .....	13
Liste des figures .....	15
Liste des abréviations et clarification des termes utilisés.....	17
Remerciements .....	19
Avant-propos.....	21
Chapitre 1 – Introduction .....	24
1.1. La maltraitance des enfants .....	24
Survol historique .....	24
La reconnaissance de la maltraitance en médecine .....	29
Histoire locale de la pédiatrie de la maltraitance .....	30
Progression du langage en pédiatrie de la maltraitance .....	32
Définitions et formes de maltraitance .....	34
Épidémiologie et impacts de la maltraitance.....	37
Identification de la maltraitance en contexte de soins.....	43
Enseignement et formation continue des professionnels de la santé .....	44
Impact de la pandémie à COVID-19 sur la maltraitance.....	46
1.2. Le signalement .....	47

Langage et signalement .....	50
Cadre légal du signalement au Québec .....	51
Qui signale? .....	53
Sous-signalement .....	55
1.3. Éthique clinique et signalement.....	59
La place de l'éthique quand il est question de maltraitance .....	60
Tensions éthiques principales en lien avec le signalement .....	61
Détresse morale et signalement .....	64
Éthique du <i>care</i> et maltraitance.....	66
Divulgence du signalement en contexte de soins .....	68
1.4. Origines du projet.....	71
Chapitre 2 – Buts et hypothèses .....	73
2.1. Buts du projet.....	73
2.2. Hypothèses.....	73
Chapitre 3 – Méthodologie .....	75
3.1. Type d'étude.....	75
3.2. Participants.....	75
Critères d'exclusion .....	77
Contexte local.....	77
Taille du groupe cible .....	77
3.3. Questionnaire.....	78
Élaboration du questionnaire.....	78
Variables dépendantes et indépendantes .....	79
Informations concernant le projet et son sujet dans le questionnaire .....	79

Pré-test .....	79
3.4. Considérations éthiques.....	80
3.5. Procédures .....	81
3.5. Analyse de données .....	82
Chapitre 4 – Résultats .....	85
4.1. Expériences des participants.....	87
4.2. Perspectives et opinions des participants.....	89
4.2.1 Différences selon la profession .....	94
4.2.2 Différences selon les milieux de soins et l'ancienneté .....	97
4.2.3 Divulgence du signalement .....	97
4.2.4 Enseignement.....	100
4.2.5. Maltraitance pendant la pandémie .....	104
Chapitre 5 – Discussion .....	107
5.1. Expériences, opinions et perspectives des participants .....	107
Différences entre les groupes selon la profession .....	111
Différences entre les groupes selon le milieu de soins.....	113
Différence entre les groupes selon le nombre d'années de pratique .....	113
5.2. Divulgence du signalement.....	114
5.3. Enseignement et formation .....	117
5.4. Maltraitance et pandémie.....	119
5.5. Limites de l'étude .....	120
Biais et reproductibilité des résultats .....	121
Limites de la méthodologie.....	122
Chapitre 6 – Conclusion.....	123

Réflexions personnelles.....	124
Réflexions pour des projets futurs .....	126
Références bibliographiques.....	129
Annexes .....	145
Annexe 1. Articles pertinents de la LPJ <sup>35</sup> .....	145
Annexe 2 : SPIKES .....	149
Annexe 3 : Approbation éthique (2020-2006) .....	150
Annexe 4 : Questionnaire.....	151
Annexe 5 : Lettre d'introduction et consentement .....	156

## Liste des tableaux

Tableau 1. –	Exemple de définitions des formes de maltraitance .....	35
Tableau 2. –	Comparaison entre les taux officiels et rapportés de différentes formes de maltraitance .....	40
Tableau 3. –	Sommaire des obstacles au signalement, Wilson et Lee (2021) .....	56
Tableau 4. –	Sommaire des facteurs facilitants le signalement, Wilson et Lee (2021) .....	58
Tableau 5. –	Caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des répondants.....	86
Tableau 6. –	Participants n’ayant jamais fait ou jamais participé à un signalement .....	87
Tableau 7. –	Nombres de signalements effectués selon la profession .....	88
Tableau 8. –	Perspectives face au signalement .....	91
Tableau 9. –	Réponses ouvertes courtes entourant les potentielles alternatives au signalement .....	93
Tableau 10. –	Perspectives face au signalement selon la profession avec affirmations formulées utilisant un ton personnel .....	95
Tableau 11. –	Perspectives face au signalement selon la profession avec affirmations formulées utilisant un ton neutre . .....	96
Tableau 12. –	Perception des participants par rapport à la divulgation du signalement .....	98
Tableau 13. –	Réponses ouvertes courtes entourant la divulgation .....	99
Tableau 14. –	Perception de la l’enseignement reçu par les participants .....	100
Tableau 15. –	Comparaison entre le niveau perçu de formation et les expériences de signalement .....	102
Tableau 16. –	Comparaison entre le niveau perçu de formation et les perspectives face au signalement....	102
Tableau 17. –	Proportion de participants souhaitant plus d’enseignement ou de formation continue.....	103
Tableau 18. –	Réponses ouvertes courtes entourant la maltraitance pendant la pandémie .....	105



## Liste des figures

Figure 1. –	Déclaration des droits de l'enfant tiré du site internet Humanium .....	25
Figure 2. –	La pointe de l'iceberg des cas recensés par l'ECI .....	40



## Liste des abréviations et clarification des termes utilisés

AMPEQ: Association des médecins en protection de l'enfance du Québec

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CRMCC : Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse ou Directeur.trice de la protection de la jeunesse

ECI : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEM : Protection des enfants maltraités

NCAND: National Child Abuse and Neglect Data System

Le choix des mots est important dans un texte comme celui-ci.

Des décisions ont été prises dans le but de refléter le mieux possible les notions et les idées mises de l'avant. Nous espérons avoir fait des choix judicieux et nous excusons d'avance si certains sont heurtés par le langage employé. Dans ce document, le mot « enfants » fait référence aux personnes de moins de 18 ans, soit à la fois aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents. Le terme « famille » réfère aux adultes responsables de l'enfant, soit les membres de la famille, les proches aidants, les tuteurs ou les représentants légaux. Le choix délibéré d'une définition large de la famille a été fait parce que le concept de famille est primordial dans l'enfance. Les termes « Direction/Directeur.trice de la protection de la jeunesse (DPJ) », « services de protection de la jeunesse » ou « système de protection de la jeunesse » sont utilisés de manière interchangeable et renvoient aux organismes gouvernementaux responsables de la protection des enfants en vertu des lois en vigueur. Le terme « abus » est peu utilisé dans le texte, en faveur de la formulation « maltraitance » ou encore « violence » ou même « sévices » parce que plusieurs sont d'avis que le mot « abus » est un anglicisme. Toutefois, ce terme est employé en référence au texte de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) parce que c'est celui qui y est préconisé et aussi parce que c'est un mot largement utilisé dans le domaine de la pédiatrie de la maltraitance.

Finalement, le masculin est utilisé fréquemment à travers le texte (participants, répondants, médecins, résidents, etc.) pour éviter de l'alourdir. Cependant, le choix a été fait d'utiliser le terme infirmiers.ières pour tenter de s'éloigner des stéréotypes de genres qui suggèrent un genre masculin pour la profession médicale (dont la féminisation du terme « médecin » s'avère ardue) et un genre féminin pour la profession infirmière. Cet effort vers un langage d'inclusion, peut-être maladroite, s'inscrit dans l'air du temps et dans un réel désir de participer à l'abolition des stéréotypes de genres qui marquent encore profondément nos sociétés.

*Aux enfants que je vois et à ceux que j'aime*

## Remerciements

J'aimerais remercier ma directrice de maîtrise, Nathalie Gaucher, qui a su faire preuve de résilience dans son appui indéfectible et constant pendant la réalisation de ce travail. Je remercie ma co-directrice, Annie Janvier, dont la contribution a été à son image : intense, pertinente et colorée. Je remercie aussi toutes ces personnes d'exception que j'ai la chance de côtoyer de près ou de loin depuis les débuts de mon parcours en éthique clinique. Un merci tout particulier à Antoine Payot, Michel Duval et Marie-Claude Levasseur.

Ensuite je tiens à remercier les équipes avec lesquelles j'ai évolué dans les dernières années en pédiatrie de la maltraitance. Merci d'oser faire ce que vous faites au nom des enfants à protéger. J'espère que nous pourrons continuer à réfléchir ensemble aux meilleures façons de bien faire.

Aux familles et aux enfants que je côtoie au quotidien dans ma profession, merci d'avoir confiance que j'effectuerai toujours mon travail avec autant de rigueur, de sensibilité et d'humilité qu'humainement possible.

Finalement, je remercie ma famille si précieuse qui a fait preuve d'une patience et d'une douceur immenses à mon égard dans le décours de cette longue démarche académique. Merci à mes parents sans lesquels je ne serais pas qui je suis (*thanks mom!*), à mon unique frère et aux siens qui sont si aimants ainsi qu'à ma belle-famille qui est belle dans sa présence et son amour (un merci spécifique à Christiane et Rosaire pour les suggestions). Merci à mes enfants : Liliane merci pour ta sensibilité et ta maturité, Lou merci pour ta fougue et ton authenticité et Mimile merci pour ton calme et ton humour. Merci d'être tout ce que vous êtes et merci d'avoir fait de moi une maman avant tout. Charles, mon roc, mon amour, parce que sans toi je suis perdue le mot de la fin te revient : *asi te amo porque no sé (te) amar de otra manera* (Pablo Neruda).



## Avant-propos

La maltraitance des enfants est un sujet complexe et sensible qui touche tous les membres de la société, et ce de manière plus ou moins directe. Parmi les lecteurs de ce mémoire, je me permets d'espérer qu'il y ait des intervenants qui se questionnent sur la meilleure façon d'agir, des chercheurs qui étudient cette problématique ou encore des législateurs qui tentent de baliser les approches... et il y aura possiblement aussi des survivants de maltraitance dans l'enfance. Bien que les concepts évoluent, les définitions changent et les statistiques varient, il importe de rappeler qu'il est impossible de rester indifférent à cet enjeu. Ce sujet encore trop souvent tabou nous bouleverse tous comme êtres humains, venant mettre en péril notre conception même de l'approche à la vulnérabilité, de la parentalité et de l'amour. Les émotions ne sont jamais bien loin quand on parle de la maltraitance des enfants. Elle engendre souvent de la colère, de la tristesse, de l'impuissance, du dégoût et de l'incrédulité. Constater la violence envers les enfants ou encore leurs besoins non comblés active notre désir de venir en aide, de protéger, mais peut aussi générer une volonté de fuir, de ne pas regarder le problème en face, de s'en défilier. En tant que professionnels de la santé, l'impératif d'agir est d'autant plus présent si nous souhaitons avoir une pratique éthique. Ce projet de recherche prend tout son sens dans cette interface entre la pratique médicale éthique et la défense des intérêts des plus vulnérables. Il s'inscrit dans une volonté franche de réfléchir à comment poser un regard franc sur la maltraitance pédiatrique pour permettre de travailler ensemble vers l'amointrissement de ce fléau trop répandu et de ses conséquences dévastatrices pour tous.

Sur une note personnelle, je dois dire que ce projet s'inscrit aussi en quelque sorte dans une démarche de guérison. En effet, il est essentiel de définir ma posture dès le départ parce qu'elle a indéniablement influencé mon approche dans ce travail. Ainsi, je précise que j'ai complété ma résidence de pédiatrie générale au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine, à Montréal, entre les années 2010 et 2015. Or, en 2013 une émission télévisée à la chaîne Radio-Canada (Enquête : présumés coupables) décrivait la situation de familles dont l'enfant avait été évalué au CHU Sainte-Justine. Ces familles considéraient avoir été accusées injustement d'avoir causé des blessures à leur enfant. Dans le décours de ces situations et à la suite de la diffusion de

l'émission, un des médecins de la clinique de pédiatrie sociojuridique, Dr Alain Sirard, a été la cible de plusieurs plaintes et de violence à son égard. Plusieurs enquêtes ont été menées (par le CHU, par le Collège des médecins du Québec et par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse). La compétence et l'intégrité des membres de l'équipe de pédiatrie sociojuridique n'ont pas été remises en question. Tragiquement, en 2016, à la suite de ces événements très médiatisés ayant eu un impact direct sur sa vie personnelle et professionnelle, Dr Alain Sirard s'est enlevé la vie dans les murs du CHU Sainte-Justine.

Ces événements dramatiques et immensément complexes ont évidemment marqué profondément l'ensemble des personnes travaillant de près ou de loin auprès d'enfants possiblement victimes de maltraitance. Ils ont été une source de grande souffrance pour toutes les personnes impliquées et ont incontestablement un impact encore aujourd'hui sur les perspectives des soignants québécois concernant les questions de maltraitance, incluant les enjeux reliés au signalement. Au niveau de l'impact sur les professionnels de la santé, il est probablement d'autant plus grand au sein du CHU Sainte-Justine.

Ainsi, le projet que je souhaitais mener dès 2015 s'est transformé au cours des années. Le passage du temps était de mise pour permettre de parler du sujet difficile qu'est le signalement de la maltraitance. À mon retour dans l'institution en 2019 à titre de pédiatre avec une formation complémentaire en éthique clinique et en pédiatrie de la maltraitance, il m'est apparu plus essentiel que jamais d'échanger avec mes collègues professionnels de la santé pour débiter un dialogue au sujet de la maltraitance et de son signalement ainsi que des émotions et des tensions de valeurs qu'ils soulèvent. L'histoire d'un petit garçon sous mes soins a été l'incitatif final dont j'ai eu besoin pour me lancer entièrement dans le projet. En effet, il y a quelque temps j'ai été appelée à évaluer un enfant de l'âge de mon fils dont la peau était recouverte de plus de marques qu'il n'était possible de compter. Il avait aussi de nombreuses blessures internes. Tout de la présentation clinique de cet enfant indiquait qu'il avait subi des violences que l'on préfère ne pas imaginer. C'est ce qui semble s'être produit: la maltraitance n'avait pas été évoquée dans les possibilités diagnostiques avant son transfert. Ce petit enfant dont les sévices étaient signés à vif sur sa peau est arrivé au CHU Sainte-Justine avec un diagnostic présomptif d'une autre condition médicale. Ce patient, vivant aujourd'hui avec de lourdes séquelles, m'a permis de constater aux

premières loges ce que je savais de manière rationnelle : le fait de soulever la possibilité qu'un enfant ait été maltraité et de le nommer clairement dépasse largement le simple fait de reconnaître des signes de maltraitance. Docteur Henry C. Kempe décrivait en 1962 l'aversion du regard dont nous sommes capables lorsque confrontés à ce qui nous cause de l'incompréhension ou de la confusion psychologique<sup>1</sup>. C'est cet enfant et la connaissance de notre volonté de détourner le regard qui m'ont convaincue que les efforts requis pour ce chapitre académique de ma vie étaient justifiés.

Ce travail aura été, pour moi, riche en tous points. La longue mise en contexte du premier chapitre m'aura effectivement permis de saisir la complexité et l'ampleur de mon sujet. En effet, j'explore d'abord quelques éléments historiques, épidémiologiques et sémantiques de la maltraitance, pour ensuite cadrer le signalement lui-même, incluant sa divulgation aux familles concernées. Je présente ensuite l'application de concepts éthiques au processus décisionnel face au signalement. Mon projet de recherche est présenté dans les chapitres deux, trois et quatre. Cette démarche exploratoire a été à la fois une occasion de sonder mes collègues de l'institution et une opportunité de confirmer des trouvailles de mes prédécesseurs. Les derniers chapitres (cinq et six) de ce mémoire ont été l'occasion d'approfondir mes réflexions et de me positionner sur des pistes à poursuivre dans l'avenir. Mais surtout, cette maîtrise dans son ensemble m'aura permis d'augmenter mon sentiment de légitimité en pédiatrie de la maltraitance. Il n'est pas simple (ni populaire) de prendre la parole sur ce sujet ou de choisir cette pratique, surtout en début de carrière. Il n'est *jamaïs* confortable d'être la personne qui évoque la possibilité de la maltraitance dans un diagnostic différentiel. Mais la littérature et mes expériences professionnelles soulignent l'importance de le faire. J'espère défendre les intérêts et les droits des enfants pendant toute ma carrière. J'espère le faire avec intelligence, humilité et sensibilité parce que la complexité morale de ce sujet l'exige.

# Chapitre 1 – Introduction

“No violence against children is justifiable, and all violence against children is preventable.”

-United Nations World Report on Violence Against Children (UN 2006)

## 1.1. La maltraitance des enfants

### Survol historique

L'enfant n'a pas toujours été considéré comme un membre à part entière de la société, encore moins un membre qui mérite son attention et sa protection. En effet, le début de la vie a longtemps été considéré comme une période sans grande valeur, plaçant les enfants dans une position d'extrême vulnérabilité. Les exemples de mauvais traitements à leur égard abondent dans les textes historiques<sup>2,3</sup>, mais ne menaient que rarement à des conséquences pour l'adulte maltraitant ou encore à des changements sociétaux. En effet, les enfants étaient considérés comme étant la propriété de leurs parents. La conception actuelle de l'enfance a donc grandement évolué au cours des derniers siècles menant graduellement à la reconnaissance des droits de l'enfant puis à une acceptation généralement commune du devoir de protection qui incombe à tous les adultes de la société et non seulement aux parents, familles ou tuteurs. Ces changements ont été grandement influencés par l'opinion publique, quant à elle influencée par les articles de presse sur le sujet. La dénonciation et la couverture médiatique de la maltraitance pédiatrique ont connu un point tournant avec le cas de Mary Ellen Wilson en 1874<sup>4</sup> aux États-Unis. Effectivement, on considère que le cas de cette fillette, séquestrée et battue par ses parents d'accueil, constitue la première affaire de maltraitance pédiatrique poursuivie avec succès. À l'époque, la poursuite judiciaire avait dû se produire par l'entremise de la *New York Society for the Protection of Animals* puisque l'enfant n'avait pas encore de statut juridique reconnu. L'histoire de Mary Ellen Wilson a mené à l'établissement de ce qui est considéré être la première association de protection des enfants.

Au début du XXe siècle, peu de progrès en termes de protection des enfants ont été faits. On attribue cette période creuse, entre autres aux deux guerres mondiales. Après la Seconde Guerre Mondiale, en partie en réaction aux mauvais traitements subis par les enfants pendant la Guerre, une nouvelle perspective est adoptée vis-à-vis de l'enfant, délaissant la vision d'un être en besoin de protection de l'État pour celle d'une personne à part entière avec sa dignité et des droits qui lui sont propres. D'importants progrès légaux ont ensuite eu lieu, culminant dans l'adoption de la Déclaration des droits de l'enfant<sup>5</sup> par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1959 (voire Figure 1), dont le texte d'introduction indique que « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée ». La Convention relative aux droits de l'enfant (1989)<sup>5</sup> est, quant à elle, un traité international qui reconnaît que pour permettre l'atteinte de son plein potentiel, l'enfant doit évoluer dans un « milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension ». Presque tous les membres des Nations Unies (incluant le Canada en 1991, mais excluant la Somalie et les États-Unis), ont ratifié cette convention, s'engageant à en faire respecter les principes sur leur territoire.

Figure 1. – Déclaration des droits de l'enfant tiré du site internet Humanium<sup>6</sup>



Avec cette progression des droits des enfants, chaque nation a dû mettre en place un cadre légal pour les faire respecter.

Au Canada<sup>7,8</sup>, c'est un journaliste, John Joseph Kelso (1864-1935), qui fera connaître la situation de deux enfants victimes de violence physique et qui fondera ensuite, en 1887 avec John Kidson McDonald, la *Toronto Humane Society* (THS). La THS aurait été le premier organisme au Canada dédié à la protection des femmes, des enfants et des animaux. Monsieur Kelso fondera aussi la *Toronto Children's Aid Society* (1891) et ouvrira un refuge pour les enfants dans le besoin (1892). En 1893, une loi sera adoptée en 1893, *l'Act for the Prevention of Cruelty to, and Better Protection of Children*, permettant pour la première fois d'imposer des peines aux personnes négligeant ou exploitant les enfants ainsi que de retirer les enfants de familles maltraitantes. Il est intéressant de souligner que l'objectif principal de ces démarches est davantage de prévenir la délinquance, qui incommode la société, que de protéger les enfants. Comme ailleurs dans le monde, les perspectives canadiennes face aux droits de la personne, incluant de l'enfant, connaîtront ensuite une évolution importante à la suite des atrocités des Guerres Mondiales. À l'échelle nationale, ces changements mèneront, entre autres, à la naissance de plusieurs sociétés de protection de l'enfance, à l'adoption de lois de protection de la jeunesse (dont une des plus importantes est la *Child Welfare Act* de 1954) garantissant un certain support gouvernemental. L'adoption de la Charte Canadienne des Droits et Libertés en 1982 viendra ultimement garantir le respect des droits individuels au Canada, incluant ceux des enfants.

Au Québec<sup>7,9</sup>, on connaît des évolutions similaires à celles dans le reste du pays. À travers l'attention qu'attirent les jeunes contrevenants dans la province, une première loi reconnaissant la différence entre l'adulte et l'enfant, l'Acte pour établir des prisons pour jeunes délinquants, est adoptée dès 1857. Puisque ces prisons n'obtiennent pas les résultats escomptés, deux lois sont adoptées simultanément en 1869, soit l'Acte concernant les écoles d'industrie (destinées aux enfants abandonnés, négligés ou maltraités) et l'Acte concernant les écoles de réforme (destinées aux enfants délinquants). Ces ressources, financées par l'État, sont principalement sous le contrôle de l'Église et se transformeront progressivement en pensionnats. Dans les années 1930s, en raison entre autres d'une crise de chômage, les enfants en besoin de protection sont de plus en plus nombreux. En 1937, on permet l'établissement de Sociétés d'aide à l'enfance, similaires à celles retrouvées ailleurs au Canada, et de l'assistance à domicile. Ce n'est qu'à partir de ce moment que les enfants ont droit à une protection dans leur domicile familial, bien que la

légitimité de l'ingérence gouvernementale dans la famille ne soit pas encore clairement établie. C'est pendant les années de la Révolution tranquille que la place de la femme dans la famille et la société, l'institutionnalisation ainsi que la relation entre l'Église et l'État sont remises en question. En 1974, c'est à nouveau la médiatisation d'un cas d'enfant maltraité qui fait progresser la législation. Ce sont trop souvent des situations hautement médiatisées d'occasions manquées d'intervenir auprès d'enfants maltraités qui mènent à des changements de législation<sup>10</sup>. Cette fois, c'est l'histoire d'un jeune garçon enfermé dans un placard pendant 45 jours par son père qui provoque un émoi sociétal important menant à l'adoption, en 1974, de la Loi concernant la protection des enfants soumis à des mauvais traitements. C'est cette loi qui rend le signalement de situations de maltraitance pédiatrique obligatoire au Québec. Par la suite, en 1977, deux autres projets de loi sont adoptés. Le premier détaille les mesures qui doivent être prises pour assurer la protection de la sécurité, de la santé et du développement de l'enfant. Le deuxième projet souligne que les parents sont toujours les premiers responsables de leurs enfants. La mise en application de ces projets, sous la forme de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) a lieu en 1979. Ce n'est qu'à partir de ce moment que l'intervention de l'État dans la vie des jeunes et de leur famille est légitimisée en territoire québécois. La LPJ connaît par la suite de nombreuses transformations, dont la plus récente s'est produite dans les mois précédant la publication de ce mémoire. En effet, l'importante couverture médiatique d'un cas de maltraitance d'une enfant de 7 ans décédée en 2019 en Estrie (communément appelée « la fillette de Granby ») a été le catalyseur pour les travaux de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ). Ceux-ci ont été présidés par l'infirmière de profession Mme Régine Laurent et ont mené à la publication en avril 2021 d'un rapport<sup>11</sup> de 552 pages. Cet important ouvrage comporte de nombreuses recommandations s'articulant autour de 15 principes rédigés sous forme de chapitres. Les conclusions statuent d'abord et avant tout sur le besoin criant de replacer l'intérêt de l'enfant à l'avant-plan de toutes les décisions découlant de l'application de la LPJ. Les recommandations incluent aussi de favoriser une approche davantage axée sur la prévention, de placer un accent plus important sur la collaboration, incluant une communication plus fluide entre les intervenants impliqués, ainsi que de prioriser la revalorisation et la formation appropriée des intervenants de la protection de la jeunesse.

Alors qu'un autre rapport québécois important (communément connu sous le nom du « Rapport Bouchard », 1991) avait été publié sous le titre « Un Québec fou de ses enfants »<sup>12</sup>, la CSDEPJ nous encourage à adopter l'approche d'« Un Québec *digne* de ses enfants ».

Tableau 1. – Chapitres du rapport de la CSDEPJ

Chapitre 1 : Promouvoir et respecter les droits des enfants
Chapitre 2 : Agir en prévention, d'abord et avant tout
Chapitre 3 : Collaborer pour mieux soutenir les enfants et leurs familles
Chapitre 4 : Améliorer l'intervention en protection de la jeunesse
Chapitre 5 : Garantir aux enfants une famille pour la vie
Chapitre 6 : Développer une intervention judiciaire collaborative, participative et adaptée
Chapitre 7 : Humaniser les services de réadaptation
Chapitre 8 : Accompagner les jeunes dans leur transition à la vie adulte
Chapitre 9 : Passer à l'action pour les enfants autochtones
Chapitre 10 : Adapter les services aux communautés ethnoculturelles
Chapitre 11 : Répondre aux besoins des enfants d'expression anglaise
Chapitre 12 : Reconnaître les impacts des conflits familiaux et de la violence conjugale sur les enfants
Chapitre 13 : Valoriser, soutenir et reconnaître les intervenants
Chapitre 14 : Rétablir un leadership fort au sein des services sociaux
Chapitre 15 : Investir pour offrir le bon service, au bon moment

À travers tous ces changements de perceptions sociales et légales, ici et ailleurs, il est graduellement apparu clair que la maltraitance des enfants constitue une violation de leurs droits

et un problème de société, méritant d'être étudiée et adressée. Toutefois, il importe de noter que des descriptions de situations de potentielle maltraitance pédiatrique étaient présentes dans la littérature médicale bien avant que le phénomène ne soit reconnu comme un délit et un problème sociétal important.

### **La reconnaissance de la maltraitance en médecine**

En effet, le tout premier manuel de pédiatrie répertorié, publié en l'année 900, incluait une description de blessures possiblement infligées<sup>3</sup>. Il a cependant fallu attendre des publications relativement récentes avant que des descriptions détaillées des conséquences médicales de la maltraitance ne soient publiées.

En Europe, le médecin légiste français Dr Ambroise Tardieu (1818-1879) a été un pionnier dans sa description de trouvailles médicales possiblement attribuables à la violence envers les enfants. Bien que certains éléments de sa carrière aient été controversés, une revue de ses trois principaux ouvrages portant sur la maltraitance pédiatrique (*Attentats au mœurs* de 1857, *Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants* de 1860 et *Étude médico-légale sur l'infanticide* de 1868) décrit comment il a su, parfois avec une justesse désarmante, décrire la base de plusieurs textes médicaux modernes<sup>3</sup>. Malgré ses importantes contributions, les contemporains de Dr Tardieu ont largement critiqué son travail parce que ce dernier défendait l'opinion que les mauvais traitements qu'il décrivait aient pu être infligés par les parents de l'enfant<sup>7,13</sup>.

En Amérique, le développement du champ d'expertise de la radiologie pédiatrique, avec comme pionnier Dr John Caffey (1895-1978), permet de reconnaître graduellement le rôle de la violence physique dans certaines manifestations osseuses de l'enfant<sup>7</sup>. Toutefois, il est généralement reconnu que c'est le travail du Dr C. Henry Kempe (1922-1984) qui a révolutionné la pédiatrie de la maltraitance. En effet, son ouvrage de 1962 « *The Battered-Child Syndrome* » et d'autres publications et allocutions subséquentes sont souvent citées comme étant les premiers travaux scientifiques attirant l'attention du public sur les impacts énormes des mauvais traitements des enfants sur l'ensemble d'une société<sup>1</sup>. Depuis ce temps, de nombreuses équipes de médecins

s'intéressant aux problématiques en lien avec la maltraitance ont vu le jour partout en Amérique. Ces équipes sont le plus souvent affiliées aux centres hospitaliers universitaires et ont des vocations cliniques, de recherche et d'enseignement.

### **Histoire locale de la pédiatrie de la maltraitance**

Au Québec<sup>14</sup>, la première clinique médicale s'intéressant spécifiquement aux situations de possible maltraitance a été fondée au CHU Sainte-Justine après le passage à Montréal du Dr Kempe en 1972. Il est rapporté que pendant une des allocutions de Dr Kempe, Dr Jacques R. Ducharme, chef du département de pédiatrie de l'Université de Montréal à l'époque, l'aurait questionné par rapport au peu de cas de maltraitance qui étaient vus au Québec. Docteur Kempe aurait répondu au Dr Ducharme que ces situations étaient vraisemblablement présentes dans notre société, mais qu'il fallait faire l'effort de les rechercher. C'est pendant les années 1970s, à la suite de ces échanges, que la clinique du CHU Sainte-Justine a vu le jour avec la guidance d'une des premières femmes pédiatres, Dre Gloria Jeliu. Le travail exemplaire de Dre Jeliu a sans doute influencé grandement la vision sociétale de la maltraitance au Québec, ainsi qu'exercé une influence sur les développements législatifs de la province. La clinique qu'elle a fondée a d'abord été connue sous le nom de clinique de protection des enfants maltraités, puis de clinique de pédiatrie sociale et actuellement de clinique de pédiatrie sociojuridique. Les professionnels y travaillant sont des médecins, des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux. Ils évaluent chaque année des centaines d'enfants du territoire de l'Île de Montréal et de ses rives en lien avec des inquiétudes principalement de violence physique et sexuelle. Le CHU Sainte-Justine a d'ailleurs été reconnu récemment comme étant le seul centre québécois où les médecins résidents peuvent poursuivre une formation complémentaire en pédiatrie de la maltraitance. Tel que mentionné dans l'avant-propos, l'équipe du CHU Sainte-Justine a connu des remous significatifs il y a quelques années ainsi que fait l'objet d'enquêtes de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse<sup>15</sup>. Les conclusions de ces enquêtes portaient principalement sur une certaine confusion des rôles des professionnels de la clinique ainsi que sur l'approche de certains professionnels de la clinique. Au sujet du signalement à proprement parler, les commissaires ont tenu à souligner « l'exercice rigoureux » du devoir de signaler les

situations dans lesquelles on suspecte une possible maltraitance. En effet, les conclusions de la Commission à cet égard sont les suivantes :

« (D)ans tous les dossiers étudiés, les professionnels concernés étaient tout à fait justifiés d'effectuer un signalement, car ils ont constaté que les enfants présentaient des blessures réelles et que d'autres éléments les amenaient à avoir des « motifs raisonnables de croire » à une possible maltraitance. Ainsi, dans ces dossiers, les professionnels étaient justifiés de signaler ces situations au DPJ.»<sup>15</sup>

On note toutefois que :

« La Commission a noté dans (certains) dossiers qu'un délai de quelques jours s'était écoulé entre le constat des blessures, le soupçon de maltraitance et le signalement au DPJ. Pendant cette période, le personnel de la CSJ (clinique sociojuridique) a amorcé lui-même l'évaluation du signalement en posant des questions aux parents et a tenté de confirmer la maltraitance. Dans ces situations, certains enfants ont subi de nombreux examens dont certains ne servaient qu'à confirmer les soupçons de maltraitance. De plus, les parents n'ont pas eu l'occasion de consentir aux examens en question. Enfin, ces délais ont créé auprès des parents une confusion entre le rôle des médecins traitants et celui des experts de la clinique sociojuridique du CHU Ste-Justine.

La Commission rappelle qu'en vertu de l'article 32 de la LPJ, la responsabilité exclusive de recevoir, de traiter et d'évaluer les signalements reçus incombe au DPJ.

La Commission estime que dans ces cas, le personnel du CHU Ste-Justine a outrepassé son rôle et empêché le DPJ de jouer le sien.

Également, le retard à signaler la situation des enfants a entraîné, dans certains cas, la lésion des droits (...) »

Ces constatations servent de rappel important par rapport aux attentes de la population québécoise pour les cliniques médicales d'évaluation de la maltraitance.

Il importe de souligner que d'autres centres d'évaluation que celui du CHU Sainte-Justine existent dans la province, incluant à Québec fondé par le Dr Jean Labbé, un pédiatre ayant été formé par Dre Jeliu. L'équipe de Québec travaille avec un modèle similaire au Centre d'expertise Marie-Vincent<sup>16</sup> à Montréal sous le nom de l'équipe SIAM<sup>17</sup> (soins intégrés en abus et maltraitance). Cette approche collaborative permet de regrouper sous un même toit tous les services requis par

les victimes (soins médicaux, suivi psychosociale, enquête policière, etc.) ainsi qu'un partenariat avec des équipes de recherche. Elle est considérée comme un modèle à suivre<sup>18</sup>.

À l'échelle de la province, le regroupement de l'Association des médecins en protection de l'enfance du Québec (AMPEQ) fondé en 1996 joue le rôle de communauté de pratique pour ses membres (surtout francophones). L'AMPEQ collabore avec de nombreux acteurs pour tenter de faire connaître la pédiatrie de la maltraitance et pour contribuer à la protection des enfants.

### **Progression du langage en pédiatrie de la maltraitance**

Depuis le travail des médecins pionniers, de nombreux écrits scientifiques ont été publiés. Malgré ces importants progrès, plusieurs éléments en lien avec l'étude de la maltraitance pédiatrique ne font pas consensus. Entre autres, les professionnels du corps médical impliqués dans l'évaluation d'enfants maltraités ne s'entendent souvent pas par rapport au langage à employer dans ce domaine émergent de la pédiatrie. À titre d'exemples, on peut utiliser le nom de la discipline et des équipes qui la pratiquent qui varient considérablement d'une partie du monde à l'autre. En effet, au Canada la terminologie « pédiatrie de la maltraitance » a été adoptée dans les dernières années, tel qu'illustré notamment dans les publications de la Société canadienne de pédiatrie (SCP)<sup>19</sup>. Au Québec, les noms de la première clinique du CHU Sainte-Justine (clinique de protection des enfants maltraités) et de l'Association des médecins en protection de l'enfance (AMPEQ) introduisent un concept de cliniciens travaillant « en protection » qui engendre, selon certains, une certaine confusion par rapport à l'interface entre la médecine et les services de protection de la jeunesse. D'autres termes sont aussi utilisés dans la province selon la région, incluant pédiatrie sociojuridique et pédiatrie médicosociale. Le nom des équipes interdisciplinaires qui évaluent les cas de possibles maltraitance reflètent cette variabilité, mais dans les régions anglophones plusieurs ont adoptées la terminologie équipe « SCAN » pour « Suspected Child Abuse and Neglect ».

Le nom spécifique de l'équipe du CHU Sainte-Justine fait l'objet d'une démarche complexe et rigoureuse pour tenter de remplacer les termes « pédiatrie sociojuridique » qui portent une

lourde histoire et qui ne décrivent pas bien selon plusieurs le travail effectué. Il est probable que les concepts d'évaluation et de pédiatrie de la maltraitance soient inclus dans le nouveau nom, même si ce dernier mot (maltraitance) rend de nombreuses personnes inconfortables.

Ailleurs dans le monde il existe aussi plusieurs formulations. Aux États-Unis, bien qu'on utilise parfois le terme général « Child Maltreatment Pediatrics », les Américains utilisent plus souvent les termes « Child Abuse and Neglect »<sup>20</sup> alors que les pédiatres travaillant en maltraitance sont connus en tant que « Child Abuse Pediatricians » ou CAPs. De nombreuses équipes américaines tentent cependant d'adopter des noms qui renvoient au concept de protéger les enfants à travers le travail clinique sans avoir une association directe avec les services de protection de la jeunesse. À titre d'exemples, le Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) utilise le terme The Safe Place<sup>21</sup> et le centre de l'Université de l'Utah (qui dessert plusieurs états limitrophes) s'appelle « Safe and Healthy Families »<sup>22</sup>. Il importe de souligner que ces centres incluent la composante de l'évaluation médicale de la maltraitance par des CAPs, mais aussi des services aux familles ciblées, ce qui n'est pas toujours le cas aux États-Unis et l'est très rarement au Canada. En Europe, la nomenclature varie considérablement d'un pays à l'autre, avec notamment en France l'utilisation généralisée de l'appellation « pédiatrie médico-légale »<sup>23</sup> qui fait écho à celle utilisée au Royaume Uni, « Forensic Paediatric Medicine ». En Australie et en Nouvelle Zélande, on retrouve un mélange de ces terminologies. Peu d'information est disponible entourant ce sujet dans les pays émergents. À notre connaissance, aucun autre domaine de la pédiatrie (pédiatrie du développement, pneumologie pédiatrique, etc.) n'a une aussi grande variabilité.

Les termes utilisés en référence à certaines entités cliniques sont quant à eux tout aussi variables et sont grandement influencés par la vision des professionnels qui les emploient. L'exemple le plus éloquent est le langage entourant les blessures infligées à la tête des enfants. Dans une déclaration conjointe récente, la SCP et l'Agence de santé publique du Canada ont annoncé l'adoption du terme Trauma crânien causé par la maltraitance des enfants (TC-ME)<sup>24</sup>. Nous sommes le seul endroit au monde à utiliser cette nomenclature. De l'autre côté de la frontière, l'American Association of Pediatrics (AAP) avait annoncé en 2009 l'utilisation encouragée (et devenue très répandue) du terme « Abusive Head Trauma » (AHT)<sup>25</sup>. Ce terme est traduit dans les milieux francophones par « Traumatisme crânien non-accidentel » (TCNA). En France, le terme

« Syndrome du bébé secoué » (SBS) est encore utilisé de manière très répandue<sup>26</sup>, ce qui demeure aussi le cas au Québec dans plusieurs programmes gouvernementaux<sup>27</sup>. Entre autres, le Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS, en cours de révision au moment de la rédaction de ce mémoire) est déployé à l'échelle de la province depuis environ 2013<sup>28,29</sup>. De nombreux autres programmes de prévention et d'intervention existent localement et sont prometteurs ainsi que complémentaires<sup>29</sup>. Cependant, le PPPSBS étant universel pour les nouveaux parents québécois, il est parmi les mieux connus de la population générale ce qui perpétue l'utilisation de l'appellation SBS. Les forces et les limites des différents programmes de prévention dépassent les objectifs de ce travail, de même qu'une analyse approfondie des limites de certaines appellations, comme le SBS.

Il est intéressant de souligner cette variabilité de nomenclature non seulement parce qu'elle illustre la jeunesse de ce domaine de la médecine, mais aussi parce qu'elle met en lumière un des enjeux importants lorsque vient le temps de parler de maltraitance, soit la difficulté entourant le développement d'un langage commun.

### **Définitions et formes de maltraitance**

Les termes généraux utilisés pour parler des actes et omissions qui se produisent envers les enfants varient aussi dans le temps, d'un endroit à l'autre du globe ainsi que selon l'angle sous lequel elle est analysée. Traditionnellement, on parle de maltraitance en faisant référence à la violence physique, psychologique et sexuelle ou la négligence et l'abandon. Des études se sont toutefois attardées aux impacts d'autres formes d'adversité et ont permis de moduler notre regard. C'est le cas notamment de l'étude phare de Felitti et ses collègues (1998)<sup>30</sup> qui a permis de mettre en lumière l'effet cumulatif de diverses formes d'adversité. En effet, l'analyse des données représentant quelques 8 500 personnes a conclu que les éléments de dysfonction du foyer (comme la toxicomanie parentale ou la violence entre partenaires intimes) avaient un impact cumulatif similaire aux formes de maltraitance ci-haut mentionnées. Plusieurs centaines de projets ont été inspirés par ces trouvailles<sup>31,32</sup> nous permettant de mieux comprendre l'impact du stress toxique vécu dans l'enfance pendant tout le parcours de vie des individus. Ainsi,

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) retient actuellement une définition élargie de la maltraitance :

La maltraitance des enfants désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes.<sup>33</sup>

Chacune des formes de maltraitance incluse dans la définition générale de l'OMS a ensuite sa propre définition qui peut varier grandement entre les écrits. À titre d'exemple deux définitions sont présentées pour quelques formes de maltraitance dans le Tableau 1. Cet exercice sert d'illustration des différences significatives pouvant être présentes selon la référence utilisée.

Tableau 2. – Exemple de définitions des formes de maltraitance

Forme de maltraitance	Définitions Gilbert 2009 <sup>34</sup> (inspirées par celle des CDC, États-Unis)	Définitions LPJ, Québec <sup>35</sup>
Violence physique	<p><i>Intentional use of physical force or implements against a child that results in, or has the potential to result in, physical injury</i></p> <p><i>(Includes hitting, kicking, punching, beating, stabbing, biting, pushing, shoving, throwing, pulling, dragging, shaking, strangling, smothering, burning, scalding, and poisoning.)</i></p>	Lorsque l'enfant subit (ou encourt un risque sérieux de subir) des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;
Violence sexuelle	<p><i>Any completed or attempted sexual act, sexual contact, or non-contact sexual interaction with a child by a caregiver</i></p> <p><i>(Penetration: between mouth, penis, vulva, or anus of the child and another individual. Contact: intentional touching directly or through clothing of genitalia, buttocks, or breasts (excluding contact required for</i></p>	Lorsque l'enfant subit (ou encourt un risque sérieux de subir) des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant toute forme d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

	<i>normal care). Non-contact: exposure to sexual activity, filming, or prostitution.)</i>	
Violence psychologique (ou émotionnelle)	<p><i>Intentional behaviour that conveys to a child that he/she is worthless, flawed, unloved, unwanted, endangered, or valued only in meeting another's needs. In the UK, the definition includes harmful parent-child interactions which are unintentional: "the persistent emotional ill-treatment of a child such as to cause severe and persistent adverse effects on the child's emotional development"</i></p> <p><i>(Can be continual or episodic—eg, triggered by substance misuse. Can include blaming, belittling, degrading, intimidating, terrorising, isolating, or otherwise behaving in a manner that is harmful, potentially harmful, or insensitive to the child's developmental needs, or can potentially damage the child psychologically or emotionally. Witnessing intimate-partner violence can be classified as exposure to psychological abuse.)</i></p>	Lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, du contrôle excessif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;
Négligence	<p><i>Failure to meet a child's basic physical, emotional, medical/dental, or educational needs; failure to provide adequate nutrition, hygiene, or shelter; or failure to ensure a child's safety</i></p> <p><i>(Includes failure to provide adequate food, clothing, or accommodation; not seeking medical attention when needed; allowing a child to miss large amounts of school; and failure to protect a child from violence in the home or neighbourhood or from avoidable hazards.)</i></p>	<p>Lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas (ou qu'il y a un risque sérieux qu'ils ne répondent pas) à ses besoins fondamentaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;</li> <li>ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;</li> <li>iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que l'enfant reçoive une instruction adéquate et, le cas échéant, pour qu'il remplisse son obligation de fréquentation scolaire prévue par la Loi sur l'instruction</li> </ul>

		publique ou par toute autre loi applicable;
--	--	---

Certaines définitions incluent une mention de l'intention sous-tendant le geste commis ou l'omission commise. Sauf en présence d'explications claires de la part de la personne maltraitante, ceci suppose qu'on lui prête des intentions, puisque celles-ci demeurent toujours de nature subjective. L'inclusion de ce concept d'intention rend d'autant plus complexe l'évaluation de la maltraitance, et n'est pas bien vue de tous.

Il importe de souligner que certaines définitions ou encore législations peuvent prêter un degré de sévérité à certaines formes de maltraitance par rapport à d'autres. Par exemple, la LPJ prévoit un signalement obligatoire pour tous pour certaines formes de maltraitance (violences physique ou sexuelle) alors qu'il peut être volontaire pour d'autres (par exemple négligence). Certains interprètent cette différence comme signifiant que les violences physique et sexuelle sont plus « graves » que d'autres atteintes au bien-être, au développement ou à la sécurité de l'enfant. Toutefois, tel que mentionné précédemment, toutes les formes de maltraitance peuvent nuire considérablement aux individus concernés. Pour cette raison, nous ne faisons pas de distinction entre les différentes formes de de maltraitance dans le présent travail.

Cette mise en contexte historique et sémantique nous permet de saisir que notre compréhension de la maltraitance des enfants a connu une importante évolution dans les dernières années, et qu'elle continue d'évoluer. Ces constats doivent être gardés en tête lorsqu'on considère l'épidémiologie de cette problématique.

### **Épidémiologie et impacts de la maltraitance**

Un très grand nombre de publications scientifiques ont vu le jour depuis les premiers articles décrivant la maltraitance pédiatrique. Cependant, il importe de se souvenir que d'importants enjeux existent en recherche entourant le sujet de la pédiatrie de la maltraitance, en commençant par les difficultés entourant l'absence de langage commun, lesquelles ont été discutées dans la

section précédente. Ensuite, plusieurs autres problématiques de nature éthique rendent l'étude de la maltraitance complexe, incluant des enjeux de confidentialité, de consentement, de biais de sélection, de désirabilité sociale, de biais de mémoire et de gestion de risques<sup>36,37</sup>. La méthodologie des ouvrages produits varie énormément et influence grandement leurs résultats et la contribution qu'ils peuvent avoir à notre compréhension et à nos actions<sup>38</sup>. D'autres facteurs qui influencent les données recueillies sont les données démographiques des individus (genre, âge, appartenance culturelle, parentalité), les définitions retenues, le type de maltraitance étudié ainsi que le cadre socio-légal dans lequel est menée l'étude<sup>39</sup>. Un corps grandissant de littérature s'attarde spécifiquement aux difficultés entourant la recherche en maltraitance pédiatrique<sup>36</sup>.

Plusieurs études s'intéressent aux données officielles de maltraitance rapportées par les services de protection de la jeunesse. Les données citées le plus souvent dans la littérature sont celles issues du *National Child Abuse and Neglect Data System (NCAND)*, un système américain de collecte de données permettant une publication annuelle des signalements reçus et retenus (et de certaines de leurs caractéristiques) à travers les États-Unis. La dernière publication<sup>40</sup> découlant de ces statistiques est la 31<sup>e</sup>, soit celle de 2020, et fait état de 1 750 décès rapportés aux services de protection de la jeunesse découlant de sévices ou de négligence, soit un taux de 2,38 décès / 100 000 enfants dans la population (on considère que ceci représente une sous-estimation importante des décès secondaire à la maltraitance aux États-Unis). Elle rapporte aussi qu'environ 3 145 000 enfants ont été investigués par les services de protection de la jeunesse ou ont bénéficié d'une voie alternative à la judiciarisation pour donner suite à un signalement, pour un taux d'environ 42,9 / 1 000 enfants dans la population (ou approximativement 4,3%). L'équivalent canadien est l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, dont la dernière parution date de 2008<sup>41</sup> (ECI-2008). Cette édition de l'ECI fait état de 235 842 enquêtes pour un taux fédéral estimé de 39,16 enquêtes / 1 000 enfants dans la population (ou approximativement 3,9%), soit un taux très similaire à celui rapporté aux États-Unis en 2020. Si on s'attarde aux statistiques québécoises, il est important de consulter les Études d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse (ÉIQ), effectuées environ tous les cinq ans pour avoir des détails sur les situations signalées, mais les bilans annuels des directeurs de protection de la jeunesse (DPJ) fournissent

annuellement des données factuelles intéressantes. Le dernier bilan des DPJ (2020-2021)<sup>42</sup> fait état de 117 904 signalements retenus dans l'année, correspondant à un taux provincial d'environ 73,6 signalements reçus / 1 000 enfants dans la population, taux légèrement à la baisse par rapport à l'année précédente alors que les cinq dernières années avaient connu une hausse constante des signalements reçus. En revanche, la proportion de signalements qui sont retenus par les services de protection de la jeunesse demeure plutôt stable dans le temps, se situant autour de 40% de rétention et menant à un taux d'environ 2,5-3,5% de la population pédiatrique québécoise qui ont fait l'objet d'un signalement retenu aux services de la DPJ. Il importe de préciser que, de ces situations signalées et retenues, on rapporte que seulement environ les deux tiers seront considérées comme des situations dans lesquelles la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis ou à risque de l'être au sens où l'on considère que l'implication de la DPJ dans la vie de la famille est requise<sup>41</sup>.

Des données similaires sont obtenues dans les grandes études qui s'attardent spécifiquement aux cas signalés qui sont jugés être probablement ou fort probablement des cas de maltraitance. En effet, on estime qu'entre 1,5 et 5% des enfants au Canada, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie ont fait l'objet d'un signalement retenu par les services locaux de protection de la jeunesse<sup>34</sup>. Certains estiment que ces statistiques font donc état d'une condition relativement rare, ayant une incidence inférieure à la prévalence estimée de conditions pédiatriques répandues, comme l'eczéma dont la prévalence s'élève jusqu'à 5 – 20% de la population pédiatrique<sup>43</sup> ou l'asthme dont la prévalence pédiatrique aux États-Unis est estimée autour de 8%<sup>44,45</sup>. Ce serait une erreur de tirer cette conclusion. Il est effectivement essentiel de comprendre que ces données sont la « pointe de l'iceberg », soit celles qui sont aisément visibles pour les autorités, tel que l'illustre la Figure 1, tiré de l'ECI-2008<sup>41</sup>.

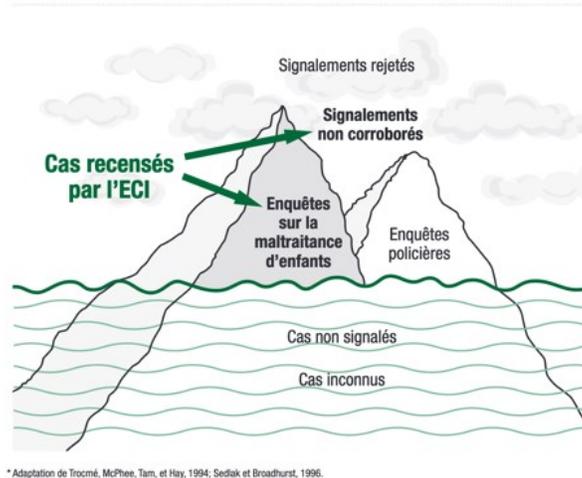


Figure 2. – La pointe de l’iceberg des cas recensés par l’ECI<sup>41</sup>

Si on tente de connaître la prévalence réelle de la maltraitance dans la société, il paraît plus juste de s’attarder à des enquêtes populationnelles, soit des enquêtes dans lesquelles on demande à des individus aptes à consentir à la recherche de nous dire (1) s’ils ont vécu une forme ou une autre de maltraitance dans l’enfance<sup>46–49</sup> ou encore (2) si en tant que parents ils font subir une forme ou une autre de maltraitance à leur enfant<sup>34</sup>. Les statistiques obtenues lors de ce type d’étude sont très préoccupantes. Elles sont souvent estimées être au moins dix fois (jusqu’à 30 à 90 fois selon certaines sources) plus élevées que ce que rapportent les statistiques « officielles » de signalements<sup>2,34</sup>, et ce malgré de nombreuses limites, incluant plusieurs biais, dont les biais de mémoire ainsi que des enjeux de désirabilité sociale. Plusieurs études ont conclu à une prévalence estimée se situant autour de 5 à 35 % pour les sévices corporels, de 6 à 12 % pour la négligence, de 15 à 30% pour les agressions à caractère sexuel chez les filles (vs 5-15% pour les garçons) et de 8 à 25% pour l’exposition à la violence entre partenaires intimes<sup>34</sup>. Pour illustrer la différence entre les statistiques selon leurs sources, le Tableau 2 présente les données de maltraitance jugée fondée au Québec pour différentes formes de maltraitance à ce qui est rapporté dans de larges études populationnelles menées à travers le monde.

Tableau 3. – Comparaison entre les taux officiels et rapportés de différentes formes de maltraitance

Forme de maltraitance	Maltraitance jugée fondée par les services de protection de la jeunesse*	Taux estimé selon des enquêtes populationnelles de maltraitance rapportée <sup>34</sup>
-----------------------	--	---

	1998 – 2008 – 2014 <sup>2</sup>	
<b>Violence physique</b>	1,9% - 2,8% - 2,9%	3,7 - 29,7%
<b>Violence sexuelle</b>	0,078% - 0,093% - 0,048%	Filles 15 -30% Garçons 5 - 15%
<b>Violence psychologique</b>	1,3% - 1,8% -1,6%	4 - 33,3%
<b>Négligence</b>	1,0%	1,4 - 15,4%

\* Il importe de souligner que les statistiques québécoises présentées sont affectées par les définitions retenues par la LPJ pour les abus physiques, sexuels et psychologiques, puisque celles-ci impliquent que les parents de l'enfant ne prennent pas les mesures nécessaires pour protéger l'enfant. Cette nuance est incluse dans les définitions de la Loi parce qu'elle est une loi d'exception qui ne peut être appliquée que dans l'intérêt de la protection de l'enfant (ce qui ne s'applique pas si les parents sont en mesures de mettre fin aux abus). Cette nuance affecte les statistiques et n'est souvent pas bien comprise.

En 2020, l'OMS<sup>50</sup> estimait que :

- Un enfant sur deux avait subi de la violence dans la dernière année.
- Un enfant sur quatre vivait avec une mère victime de violence conjugale.
- Une fille sur cinq vivra une agression à caractère sexuel avant l'âge de 18 ans.

Une autre démonstration du manque de sensibilité des statistiques officielles a été faite dans une étude canadienne<sup>48</sup> qui a pu démontrer que parmi les adolescents rapportant une histoire d'abus, seule une petite proportion d'entre eux (5,1% pour les victimes d'abus physique et 8,7% des victimes d'abus sexuel) nommait avoir eu un contact avec des services de protection de la jeunesse. De plus, parmi les jeunes ayant des contacts avec ces services, leur taux auto-rapporté de maltraitance était de 4 à 6 fois plus élevé que ce qui se trouvait dans leurs dossiers officiels<sup>49</sup>.

Plusieurs caractéristiques individuelles des enfants auront un impact sur les statistiques de maltraitance. En effet, plusieurs groupes d'enfants sont largement surreprésentés dans les

statistiques incluant, mais ne s’y limitant pas, les jeunes enfants de moins d’un an<sup>34</sup>, les enfants de race noire (et ce même au Canada)<sup>51,52</sup> et les enfants issus de communautés autochtones (incluant Premières Nations, Métis et Inuit au Canada)<sup>53</sup>. Les enfants ayant des besoins particuliers sont une population à risque particulièrement élevé de maltraitance, risque estimé être au moins trois fois plus élevée que dans la population pédiatrique générale<sup>54</sup>. L’effet de caractéristiques parentales (incluant le statut socio-économique, les troubles de santé mentale, l’éducation et l’exposition à la maltraitance dans l’enfance) sur l’épidémiologie a aussi été étudié, menant à plusieurs débats sur le sujet<sup>34,55</sup>. En général, il est accepté que la pauvreté et différents facteurs environnementaux y étant reliés génèrent des stress importants qui constituent des facteurs de risque de maltraitance<sup>56</sup>. Plusieurs auteurs soulignent toutefois l’importance de ne pas commettre d’erreurs écologiques, c’est à dire de conclure à une probabilité de maltraitance selon l’identification de facteurs de risque<sup>37</sup>.

Cependant, tout autant qu’aux taux de maltraitance et des polémiques les entourant, il importe de se préoccuper de l’impact que peut avoir cette maltraitance tant sur l’enfant que sur l’adulte qu’il deviendra, soit de mortalité et de morbidité. Bien que des statistiques fiables soient très difficiles à établir, l’OMS a estimé en 2006 que 155 000 morts d’enfants de moins de 15 ans dans le monde pouvaient être attribuées annuellement à la violence ou la négligence, ce qui représente 0,6% de tous les décès et 12,7% des morts causées par des blessures<sup>34</sup>. À travers des analyses statistiques complexes, Grummit et son équipe ont évalué que 15% de la mortalité totale en 2019 aux États-Unis pouvaient être attribués au stress toxique<sup>31</sup>. Les formes de maltraitance les plus mortelles seraient la négligence, pour lesquelles les statistiques de causalité sont difficiles à établir, et l’abus physique<sup>34</sup>. La forme spécifique de maltraitance pour laquelle nous avons le plus de données fiables par rapport à la mortalité associée est le TC-ME. Ainsi, plusieurs études font état d’une mortalité allant jusqu’à plus de 35%<sup>57,58</sup>, ce qui est un taux excédant de manière significative les taux de mortalité d’autres conditions pédiatriques considérées sévères.

Quant à la morbidité secondaire à la maltraitance, des études de causalité demeurent difficiles à mener. Si on s’attarde à certaines formes, on peut constater par exemple que le TC-ME aurait une morbidité associée extrêmement élevée, soit entre 42 et 96% des survivants<sup>57</sup>. Cependant, tel que mentionné précédemment, d’importantes études<sup>30,31,59-62</sup> ont aussi permis de mettre en

lumière l'association exponentielle entre l'exposition à l'adversité dans l'enfance et des issues défavorables. Ces issues sont présentes tant au niveau de la santé physique que mentale d'un individu, et ce pendant tout son parcours et même si l'on corrige pour les facteurs de risques. Dans l'enfance, on considère que le stress toxique augmente significativement les risques de troubles neurodéveloppementaux et les troubles de comportements, mais aussi l'incidence d'infections récurrentes, d'asthme et de perturbations du sommeil<sup>62</sup>. À l'âge adulte, des associations ont été retrouvées pour de nombreux facteurs de risque comme la toxicomanie, le tabagisme, les comportements sexuels à risque, ainsi qu'avec des issues défavorables en santé mentales mais aussi avec des conditions de santé physique excessivement morbides comme les maladies pulmonaires et les maladies cardiovasculaires<sup>31</sup>.

Des études permettent aussi de mettre en lumière que « en plus de la détresse et de la douleur considérable ressenties, les enfants abusés et négligés sont à risque élevé de devenir eux-mêmes agressifs et de causer de la détresse et de la douleur à autrui (traduction libre). »<sup>34</sup>

Les impacts individuels de la maltraitance, bien que dramatiques, ne sont donc qu'une portion du réel fardeau de la maltraitance qui demeure très difficile à évaluer avec précision<sup>34,63</sup>.

### **Identification de la maltraitance en contexte de soins**

En plus des définitions épidémiologiques ou légales de la maltraitance, il existe aussi des éléments distinctifs permettant sa reconnaissance dans un contexte médical. Ce sont les trouvailles que Dr Henry Kempe avait commencé à décrire dès 1962, mais qui sont encore trop peu enseignées tel qu'il sera discuté plus loin dans ce mémoire. Il doit être souligné qu'il existe d'importantes limitations à l'évaluation médicale de la maltraitance en commençant par la paucité de trouvailles médicales permettant de tirer des conclusions définitives, qu'il s'agisse de sévices physiques ou sexuels ou encore d'autres formes de maltraitance<sup>64,65</sup>. Par exemple, bien que la violence physique envers les enfants puisse causer une panoplie de manifestations cliniques, aucune manifestation n'est pathognomonique de celle-ci<sup>58,66</sup>. Une autre difficulté est l'utilisation fréquente d'un raisonnement circulaire (définir une entité A comme étant l'association des trouvailles B, C et D puis conclure à l'entité A à cause de la présence de ces trouvailles) ou de biais

de confirmation (utiliser des indices ou des examens pour confirmer une suspicion de maltraitance plutôt que l'évaluation neutre et objective d'une situation clinique) dans plusieurs études détaillant les manifestations cliniques de possible maltraitance qui rendent l'interprétation de leurs données difficile<sup>36,67</sup>. Toutes ces nuances sont compliquées davantage par les opinions controversées de professionnels qui remettent systématiquement en question les données produites et les opinions médicales sur le sujet (principalement en lien avec l'Abus physique)<sup>13,58</sup>. En effet, il existe des médecins de diverses spécialités (pathologistes, pédiatres, endocrinologues, etc.) pour lesquels la qualité de la littérature ne leur paraît pas suffisante pour tirer des conclusions par rapport au caractère infligé de certaines blessures. Même les aveux d'abuseurs sont questionnés par ces individus, qui avancent que ceux-ci ne peuvent avoir été fournis que sous le poids de la contrainte en lien avec les démarches socio-judiciaires. Certains sont considérés des négationnistes<sup>13</sup>, en ce sens qu'il ne reconnaissent pas du tout l'existence de la maltraitance. Dans les dernières années, des recommandations de sociétés savantes (par exemple la Société Helfer<sup>68</sup>) et d'ordres professionnels (par exemple le Collège des médecins du Québec<sup>69</sup>) tentent d'offrir une certaine guidance aux professionnels (principalement aux médecins) qui sont impliqués dans l'évaluation médicale d'enfants possiblement victimes de maltraitance et dans la formulation d'opinions fondées sur un degré raisonnable de certitude médicale. L'adoption d'une approche réfléchie, ancrée dans l'évidence disponible et empreinte de précaution, ainsi qu'une collaboration étroite avec les différentes instances impliquées, sont généralement perçues dans le milieu comme la meilleure manière de contribuer à la protection des enfants tout en minimisant les situations dans lesquelles des adultes peuvent être accusés injustement<sup>1,24</sup>.

### **Enseignement et formation continue des professionnels de la santé**

L'enseignement et la formation continue des professionnels de la santé en lien avec la maltraitance des enfants sont excessivement variables. Ils dépendent grandement de la profession en question et fluctuent aussi beaucoup selon le lieu et le moment de formation, le type de pratique du professionnel ainsi que son intérêt personnel pour le sujet<sup>1,37</sup>.

Un recensement des exigences de formation spécifiques à la maltraitance pédiatrique pour les différentes professions de la santé dans différentes parties du monde n'a pas encore été effectué à ce jour, mais pourrait être une démarche fort intéressante. Une tentative de se livrer à cet exercice a été entamée dans le cadre de la rédaction de ce mémoire, mais s'est avérée très ardue et peu fructueuse.

À titre d'exemple des exigences possibles, on peut s'attarder aux exigences de formation pour les futurs pédiatres généraux au Canada. En 2004, Ward et ses collègues avaient disséminé un questionnaire aux résidents de pédiatrie générale canadiens et à leurs responsables de programmes dans le but de répertorier les exigences de formation en pédiatrie de la maltraitance à travers le pays<sup>70</sup>. Leurs trouvailles ont permis de mettre en lumière que, des 16 programmes canadiens existants, seulement trois exigeaient une exposition formelle (stage) à la pédiatrie de la maltraitance. Ceci n'est toujours pas une exigence du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) pour devenir pédiatre au pays<sup>70,71</sup>. La grande majorité (92%) des 190 résidents ayant répondu au questionnaire, dont 85% des résidents finissants, identifiaient pourtant des manquements dans leur formation et décrivait l'association étroite entre formation et aisance pour traiter ces situations<sup>70</sup>. Il importe toutefois de souligner d'importants progrès au Canada depuis la publication de l'article de Ward, notamment à travers l'ajout d'une section de la prévention de la maltraitance d'enfants et d'adolescents au sein de la Société Canadienne de pédiatrie<sup>19,72</sup> ainsi que la reconnaissance d'un diplôme en pédiatrie de la maltraitance par le CRMCC en 2015 et l'agrément de deux programmes de formation complémentaire (Montréal et Toronto) en 2020<sup>19</sup>. Au Québec, les quatre Centre hospitaliers universitaires (CHU) ayant un département pédiatrique ainsi que l'AMPEQ tentent de faciliter l'accès à de l'enseignement de qualité en pédiatrie de la maltraitance pour tous les professionnels de la santé. Il est possible que de nouvelles approches et exigences soient adoptées dans les prochaines années.

Un article américain s'intéressant spécifiquement à la formation en pédiatrie de la maltraitance aux États-Unis en 2006<sup>73</sup> a révélé, quant à lui, que moins de la moitié des programmes de pédiatrie générale recensés exigeaient un stage en pédiatrie de la maltraitance alors que le niveau d'exposition à ce domaine était directement corrélé au sentiment d'être prêt à adresser cette problématique dans la pratique (comme dans l'étude de Ward et al.<sup>70</sup>) Un programme de

formation spécialisée de trois ans en pédiatrie de la maltraitance a été mis sur pied depuis 2009 et est offert dans plusieurs états. Cependant, les exigences en pédiatrie générale demeurent basses<sup>74,75</sup> et l'enseignement reçu est souvent uniquement sous la forme de cours didactiques d'une durée de 3 à 6 heures sur une période de quatre ans<sup>76</sup>.

Si les exigences de formation médicale entourant la pédiatrie de la maltraitance demeurent minimales pour les futurs pédiatres, il importe de souligner l'étude de Starling et ses collègues (2009)<sup>77</sup>. À travers une analyse de différents programmes de résidence américains, ces auteurs ont conclu que la formation et les ressources disponibles en pédiatrie demeuraient plus grandes que dans les programmes de résidence de médecine familiale et de médecine d'urgence.

Plusieurs études auprès d'autres professionnels de la santé qui travaillent avec des enfants considèrent que l'éducation et la formation en maltraitance est importante bien que trop souvent déficitaire<sup>75,78-83</sup>. Certaines études ont effectivement démontré que les infirmières.iers semblaient recevoir très peu d'enseignement sur le sujet; 80% des répondants de l'étude de Elarousy et Abed (2019)<sup>82</sup> n'en ayant jamais reçu alors que dans l'étude de Lavigne (2017)<sup>83</sup>, 40% des répondants le considéraient absent ou insuffisant. D'autres études<sup>1,78,84</sup> font état de constats similaires dans d'autres groupes de professionnels de la santé (psychologues, dentistes, etc.) ainsi que chez le personnel enseignant<sup>85</sup>.

Des pistes de solutions ont été suggérées et mises en application<sup>46,86</sup>, alors que d'autres continuent d'être explorées<sup>46,87,88</sup>, tel qu'il sera discuté davantage plus loin dans ce mémoire.

## **Impact de la pandémie à COVID-19 sur la maltraitance**

À partir des premiers mois de l'année 2020, la population mondiale a dû faire face à la pandémie au virus COVID-19. Les restrictions sanitaires qui ont été mises en place ont impliqué une perturbation majeure des systèmes socio-écologiques des enfants et un grand potentiel de victimisation accrue. Ainsi, le contexte d'isolement important des enfants et des adolescents, les stressés augmentés pour l'ensemble de la société et une grande fragilité socio-économique ne sont que quelques facteurs ayant fait craindre une augmentation des taux de maltraitance chez

les enfants. Aux vues des difficultés d'assurer la sécurité des enfants dans le contexte pandémique, des mises en garde ont été émises par l'UNICEF par rapport aux risques éthiques reliés aux études auprès d'eux pendant cette période hors normes<sup>89</sup>. Pour l'instant, le peu de données disponibles varient énormément selon la méthodologie utilisée<sup>90</sup>. De manière générale, les signalements aux services de protection de la jeunesse ont été à la baisse dans plusieurs parties du monde (baisse jusqu'à 70%)<sup>91,92,50</sup>. Cette baisse de signalement a aussi été constatée au Québec initialement où nous avons connu une baisse de signalement d'environ 20% en avril, mai et juin 2020, mais qui s'est corrigée dans la deuxième partie de l'année 2020<sup>42</sup>. Plusieurs hypothèses sont soulevées par rapport à cette baisse. Malheureusement, la plupart d'entre elles renvoient à des inquiétudes de sous-déclaration de violence en lien avec l'isolement vécu par les victimes<sup>93,50,90</sup>. Ainsi, d'autres types d'études, principalement les études par questionnaire auprès de parents et les études s'intéressant à l'utilisation des lignes d'aide, ont permis de mettre en évidence des difficultés majeures dans les dynamiques familiales et un accroissement de la détresse<sup>90,94,95</sup>. D'autres recherches font état d'augmentation du nombre de visites dans les services d'urgence pour des blessures possiblement infligées<sup>91</sup>. Puisque les mesures directes de la violence vécue par les enfants dans les dernières années demeurent difficiles, des mesures indirectes de celle-ci (incluant les exemples mentionnés, mais aussi celles s'attardant à la perception de son incidence par les professionnels de la santé) sont plus pertinentes que jamais.

## **1.2. Le signalement**

Le « signalement » est l'acte de signaler une situation de possible maltraitance aux autorités locales de protection de la jeunesse lorsque cette situation est identifiée. La très grande majorité des procédures implique que les inquiétudes soient communiquées par téléphone à des intervenants sociaux dont la disponibilité est généralement assurée en tout temps.

Le signalement par un tiers (par une personne autre que celle qui commet ou qui subit la maltraitance) constitue une façon d'identifier la maltraitance dans le contexte où ce phénomène est généralement caché dans nos sociétés. En effet, bien qu'une reconnaissance des problématiques ou des aveux ait parfois lieu, ils sont relativement rares et de nature

imprévisible<sup>1,96,97</sup>. Par ailleurs, bon nombre de victimes sont des enfants très jeunes ou encore des enfants qui ne parlent pas ou très peu (non-verbaux) qui ne seront donc pas en mesure de se protéger eux-mêmes, de raconter leur histoire ou encore de défendre leurs intérêts dans un processus socio-judiciaire<sup>37</sup>. Pour la minorité d'enfants<sup>98</sup> qui verbalise leur maltraitance, d'importants délais sont souvent présents entre le moment des sévices et leur dévoilement<sup>64,99</sup>, limitant la capacité d'intervenir en temps opportun auprès de cette catégorie de population.

Il existe principalement deux formes de signalements : le signalement discrétionnaire et le signalement obligatoire (qui peut être ciblé ou universel). Le type de législation entourant le signalement dépend grandement de l'approche sociétale adoptée pour faire face à la maltraitance, incluant deux approches distinctives principales dont l'une est axée sur le bien-être de l'enfant et de sa famille et l'autre davantage axée sur la sécurité de l'enfant. Les deux approches sont très bien décrites dans l'article de revue de Gilbert et ses collègues ainsi que les avantages et inconvénients de chacune<sup>46</sup>.

Le signalement discrétionnaire remet l'entière responsabilité de la décision à la personne qui signale, sans prévoir de sanction à l'égard des personnes qui ne signalent pas une situation de maltraitance. C'est la seule forme de signalement dans certaines parties du monde, notamment dans plusieurs pays d'Europe, alors que d'autres juridictions incluent un mélange de signalement discrétionnaire et obligatoire (comme la Suède et la Nouvelle-Zélande)<sup>46</sup>.

Le signalement obligatoire (en anglais *mandatory reporting*) est graduellement devenu plus répandu et rend obligatoire le signalement de certaines situations aux services de protection de la jeunesse. Certaines juridictions rendent le signalement obligatoire à tous les membres de la société, alors que d'autres (comme c'est le cas au Québec et dans les autres provinces canadiennes) incluent des nuances selon l'individu concerné et la situation visée. Lorsqu'il existe une distinction, le signalement est généralement rendu obligatoire à tous les professionnels qui, dans l'exercice de leurs fonctions, entrent en relation de proximité avec les enfants. On parle généralement du personnel scolaire, des policiers, etc. Le signalement obligatoire est une réponse légale répandue pour tenter d'augmenter l'identification des victimes particulièrement vulnérables que sont les enfants en « forçant la main » des personnes réticentes à signaler,

prévoyant des sanctions pour les personnes qui ne remplissent pas leur rôle de *signalant mandaté* (en anglais *mandated reporter*). Le signalant mandaté peut être l'ensemble des individus matures d'une société ou encore certains individus qui sont ciblés parce qu'ils ont, dans l'exercice de leurs fonctions, un contact privilégié avec les enfants (par exemple professeurs, professionnels de la santé, policiers, etc.) Une proportion importante de pays a adopté des lois prévoyant un signalement obligatoire, avec les États-Unis, l'Australie et le Canada en têtes de file<sup>100</sup>.

La perception des intervenants du caractère obligatoire du signalement a été étudiée dans quelques études. Plusieurs personnes y voient des bénéfices évidents, notamment la possibilité de l'utiliser comme « bouclier légal », soit de justifier une décision de signalement en se basant sur son caractère obligatoire, hors du contrôle du signalant<sup>101</sup>. D'autres personnes critiquent le caractère coercitif qui limite la possibilité d'explorer d'autres options et qui augmente considérablement le nombre de signalements sans que d'autres mesures de prévention ou d'intervention puissent être priorisées<sup>102</sup>. Certains craignent que le signalement obligatoire de certaines formes de maltraitance, notamment l'exposition à la violence conjugale, ait un effet dissuasif sur la décision de consulter pour des problèmes de santé, ce qui ne semble pas être le cas selon au moins une étude<sup>103</sup>. En général, les professionnels questionnés dans la littérature s'accordent sur une vision nuancée du signalement obligatoire comme étant un « mal nécessaire » pour permettre de protéger efficacement les enfants<sup>104,105</sup>. Les parents et les enfants concernés ont quant à eux été questionnés à ce sujet dans quelques articles dont plusieurs sont présentés dans une méta-synthèse par Mc Tavish et ses collègues (2019)<sup>106</sup>. Les études qualitatives présentées dans cet article permettent de conclure que signalement obligatoire est une méthode controversée dont les impacts (néfastes et/ou bénéfiques) sur les familles demeurent difficiles à quantifier. Cette méta-synthèse permet par ailleurs de constater combien les perspectives des enfants ont peu été explorées à ce sujet.

Malgré tout, des études suggèrent que le signalement obligatoire est efficace pour augmenter le nombre de cas rapportés aux autorités de protection de la jeunesse<sup>107</sup>. Cependant, l'écart entre les statistiques officielles et les données populationnelles dans les parties du monde où il a été déployé indique clairement qu'il ne permet pas de rejoindre l'ensemble des victimes. Par ailleurs, le réel effet protecteur de ces mesures judiciaires sur la sécurité des enfants demeure difficile à

évaluer<sup>100,105–107,102</sup>. Plusieurs critiques ont souligné que le signalement obligatoire devient souvent la seule manière pour les familles d’avoir accès à des services et à du support<sup>1</sup>.

Un nombre grandissant de juridictions a tenté de pallier aux limites et aux faiblesses du signalement obligatoire en mettant en place un système de réponses différenciées « *Differential Response* » selon les inquiétudes présentes. C’est notamment le cas de la trajectoire Child FIRST (Child and Family information, referral and support teams) développée dans l’état de Victoria, en Australie<sup>1</sup>. Ce modèle prévoit une approche « par paliers » dans laquelle les services de protection de la jeunesse sont « le dernier recours » avant lequel un système centralisé permet de déployer des services et des interventions de proximité autour des familles en difficulté. Cette approche volontaire permet aux familles d’être engagées dans leur trajectoire et d’éviter d’utiliser le signalement comme une « porte d’accès » pour l’aide dont elles ont besoin.

En somme, le signalement obligatoire est un sujet complexe qui a fait l’objet d’un livre détaillé édité par Ben Mathews et Donald C. Bross en 2015<sup>1</sup>, dans lequel ils tirent la conclusion suivante :

*« Child maltreatment reporting resides within a large domain of efforts to guard against losses of great personal and societal consequences without disregarding or diminishing other values, social policies, and priorities. Child abuse reporting occurs within the circumscribed domain of reporting and response systems that focus on preserving and enhancing individual safety and well-being, notwithstanding that the situations addressed also have enormous, society-wide implications. »*

## **Langage et signalement**

De nombreuses subtilités de langage sont en jeu en maltraitance pédiatrique. Certains aspects entourant la nomenclature du domaine de la pédiatrie de la maltraitance ont été préalablement discutés. Les mots et le langage utilisés pour parler de signalement font davantage consensus bien que leurs impacts demeurent importants et ne devraient pas être sous-estimés.

Il est d’abord primordial de s’attarder sur le choix du mot « signaler » (en anglais « *to report* ») qui se distingue d’autres expressions parfois utilisées pour s’y référer. En effet, les termes « dénoncer » ou encore « faire une plainte » aux services de protection de la jeunesse, parfois utilisés dans le langage populaire, sont hautement péjoratifs. Ils peuvent avoir un impact négatif

sur la perception de la société en ce qui a trait au signalement. Leur usage est généralement découragé en faveur d'une terminologie neutre (observations de l'autrice).

Par ailleurs, le langage utilisé dans les textes légaux entourant le signalement inclut généralement l'acceptation d'un certain degré d'incertitude par rapport à la possibilité de maltraitance, incluant la référence à une « raison de croire », un « doute raisonnable » ou encore une « suspicion raisonnable » de maltraitance pour justifier un signalement<sup>108</sup>. L'utilisation de ce type de langage et la différence entre une croyance et une suspicion ont été largement étudiées par le philosophe et médecin Benjamin H. Levi<sup>65,109</sup>. Les choix de mots et l'inclusion de nuances quant au signalement influencent grandement le nombre d'enfants signalés. En effet, la perception de ce qui constitue une inquiétude suffisamment grande pour motiver un signalement varie grandement selon les mots qui sont utilisés et entre les individus. Il est possible que ces choix de mots contribuent à la confusion de rôles de certains soignants par rapport au signalement<sup>108</sup>. Il est aussi possible que cet espace laissé concernant la détermination de ce qui constitue un mauvais traitement mène à ce que les enjeux moraux prennent plus de place que les directives légales tentant de les supplanter.

### **Cadre légal du signalement au Québec**

Tel qu'énoncé précédemment, chaque nation est responsable des lois lui permettant de faire respecter la Convention relative aux droits des enfants sur son territoire. Il est important de savoir qu'au moment de la rédaction de ce mémoire le contexte légal québécois était en pleine transformation. En effet, au Canada, les provinces détenaient l'ensemble du pouvoir législatif en termes de protection de la jeunesse jusqu'à tout récemment. Une nouvelle loi fédérale (C-92), entrée en vigueur en janvier 2020, devrait permettre, à terme, la coexistence de juridictions provinciales, fédérales et autochtones en ce qui a trait à la protection des enfants canadiens d'origine autochtone (Premières Nations, Inuit et Métis)<sup>110</sup>. Il sera très intéressant de suivre les développements de cette initiative et ses impacts auprès des enfants. La Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives (Loi 15), adoptée le 14 avril 2022, devrait théoriquement mener à une réforme complète de la LPJ au Québec<sup>111</sup>. Cette loi s'inspire

des recommandations récentes contenues dans le rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (« Commission Laurent »)<sup>11</sup>. Les modifications visent à rappeler la primauté absolue de l'intérêt de l'enfant, de faciliter les échanges d'information entre les intervenants concernés et de clarifier certains éléments de l'application de la LPJ. Les articles portant sur les motifs de compromission et le signalement sont restés presque identiques dans la nouvelle version de la LPJ, avec uniquement une mention plus explicite par rapport au partage d'information au moment du signalement. Dans les années à venir, les changements apportés par la loi C-92 et le projet de loi 15 mèneront possiblement à une vision différente de la protection des enfants québécois.

Au moment de la rédaction de ce mémoire, le texte inclut dans les articles 38 à 44 de la LPJ (Annexe 1) décrit les attentes quant au signalement. Il importe de rappeler que la LPJ est une mesure d'exception<sup>112</sup> « au sens où l'intervention de l'État dans la vie des familles, qui peut parfois même aller jusqu'à la judiciarisation, n'est justifiée que par le besoin de protection de l'enfant »<sup>113</sup>. La loi confie à un(e) directeur(trice) de la protection de la jeunesse (DPJ) et à ses représentants l'application des mesures qu'elle contient. Ces représentants des DPJ sont communément appelés des « intervenants » parce que leur bagage académique et professionnel est grandement variable. En effet, certains intervenants ont une formation en travail social, mais d'autres sont formés en criminologie ou en psychoéducation, alors qu'une certaine portion de ces intervenants n'a presque pas (ou pas du tout) de formation spécialisée.

Tout comme dans la grande majorité des juridictions avec un signalement obligatoire, la loi québécoise ne requiert pas de certitude face à la possibilité de maltraitance. Ainsi, toute personne qui a « un *motif raisonnable* de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être compromis » peut faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). En ce qui a trait à l'obligation ou non de signaler, il est prévu à l'article 39 (Annexe 1)<sup>35</sup> que :

- Le signalement des situations d'abus sexuel et d'abus physique ou de risque sérieux de ces types d'abus (alinéas d et e de l'article 38.1 – Annexe 1) est de nature obligatoire pour tous.
- Le signalement des autres types de maltraitance peut être de nature discrétionnaire pour certains membres de la société.

- Une nuance existe pour « (t)out professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis (toutes causes confondues), est tenu de signaler sans délai la situation au directeur ; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne oeuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions. » Des exceptions existent pour les avocats et les notaires dont le respect du secret professionnel varie par rapport à d'autres professions.

Le signalement devrait être fait sans « égard aux moyens qui peuvent être pris par les parents pour mettre fin à la situation ». Ainsi, la détermination (complexe) voulant qu'une situation réponde ou non à la définition d'une forme de maltraitance telle que retenue dans la LPJ relève de l'évaluation de la DPJ et non de la personne qui fait le signalement.

Bien que ces spécificités soient clairement énoncées dans la LPJ, leur lecture peut s'avérer ardue et elles peuvent porter à confusion puisqu'elles ne semblent pas toujours comprises par les personnes devant les mettre en application (observations de l'autrice).

Il est aussi intéressant d'attirer l'attention du lecteur sur les articles 43 et 44 de la LPJ qui prévoient qu'une personne qui agit de « bonne foi » en vertu de la Loi ne peut être poursuivie et que l'identité d'une personne qui signale ne peut être dévoilée sans son consentement.

### **Qui signale?**

Les Études canadiennes d'incidence (ECI) décrites précédemment nous permettent d'avoir un aperçu des personnes effectuant les signalements au Canada. On retient que la grande majorité (57% en 2003) de ceux-ci sont effectués par des professionnels à l'extérieur des systèmes de santé, soit par le personnel scolaire, le personnel de services de garde, les policiers ou autres intervenants<sup>114</sup>. En effet, seulement 10% des signalements seraient effectués par des professionnels de la santé, alors que les signalement restants (33% en 2003) sont effectués par d'autres membres de la société, incluant les proches des enfants. Les données rapportées par les

bilans des DPJ sont similaires à chaque année, soit qu'une minorité des signalements est issue des professionnels de la santé<sup>42</sup>. De manière intéressante, les dernières données issues du NCAND aux États-Unis sont tout à fait comparables<sup>40</sup> ainsi que celles d'une publication suédoise de 2012<sup>115</sup>.

La majorité des experts s'entendent pour dire que ces faibles proportions sont surprenantes compte tenu du contact privilégié qu'ont les professionnels de la santé avec les enfants<sup>46,114</sup>. Plusieurs études se sont attardées aux raisons qui sous-tendent ce phénomène. Trois concepts généraux sont identifiées dans la littérature<sup>114</sup> : (1) les professionnels de la santé n'entrent pas en contact avec les enfants victimes de maltraitance, (2) les professionnels ne reconnaissent pas la maltraitance et (3) les professionnels choisissent de ne pas signaler une suspicion de maltraitance.

Le premier concept ne sera pas discuté en détails dans ce mémoire. En effet, le manque de contact entre les enfants et le système de santé est une problématique de santé publique et de distribution des ressources qui dépasse le cadre de ce travail.

Le deuxième élément est complexe et peut parfois être difficile à distinguer du troisième. Quand on parle de la sous-identification de la maltraitance par les professionnels, il peut en effet être ardu de tracer une ligne entre le manque de reconnaissance et la décision de signaler. En effet, ces deux étapes du processus d'identification peuvent être presque indissociables. Cependant, bien qu'intimement reliés, le premier enjeu en contexte de soins, est davantage en lien avec le processus d'évaluation médicale, alors que le signalement implique plus de considérations légales, d'enjeux moraux et de décisions personnelles.

La sous reconnaissance de la maltraitance repose entre autres, sur des enjeux de manque d'enseignement et de formation<sup>73</sup>. En effet, tel que décrit précédemment, le confort rapporté des soignants dans les situations de possible maltraitance augmente grandement s'ils jugent que la formation reçue était adéquate. Le manque de reconnaissance est probablement aussi en lien avec le choix des professionnels de ne pas explorer la possibilité de maltraitance auprès des patients et de leurs familles. Une revue détaillée de la question dans des populations d'adultes suivis en santé mentale révélait que seulement une faible proportion d'entre eux étaient questionnés par rapport à leurs vécus de maltraitance dans l'enfance<sup>116</sup>. La même revue souligne

la volonté de ces adultes d'être questionnés par rapport à ces vécus pour qu'ils puissent être pris en considération dans leur tableau global. Ceci est d'autant plus important à souligner parce que plusieurs soignants décrivent qu'ils craignent de causer du tort en questionnant leurs patients sur leur vécu traumatique.

La non-reconnaissance d'indices de possible maltraitance a des effets négatifs importants. Un exemple pour illustrer ce propos est le fait qu'une proportion importante des victimes de Traumatisme crânien causé par la maltraitance des enfants (TC-ME) a eu un contact antérieur avec un professionnel de la santé, contact représentant potentiellement une occasion manquée de prévenir l'escalade de violence ayant ultimement mené au TC-ME<sup>117,118</sup>. Ce constat avait d'abord été fait dans une étude phare menée par Jenny en 1999<sup>117</sup> dans laquelle 31% des 173 cas de TC-ME étudiés avaient eu un contact antérieur à leur diagnostic avec le système de santé en lien avec des symptômes reliés à leur TC-ME. Ces trouvailles ont ensuite été confirmées lorsque cette étude a été répétée par Letson et al. en 2016<sup>119</sup> : des 232 cas de TC-ME étudiés, 31% avaient eu 120 opportunités manquées d'intervenir lors de contact avec les systèmes de soins. Tous les efforts en lien avec l'identification accrue des blessures chez les jeunes enfants (incluant les lésions sentinelles) et leur prise en charge diligente tentent de répondre à ces opportunités d'intervenir précocément<sup>120-122</sup>.

Pour l'exercice de ce travail, nous proposons de nous attarder davantage aux situations dans lesquelles les soignants sont en mesure de reconnaître la possibilité de maltraitance, mais qu'une décision est prise de ne pas la signaler aux services de protection de la jeunesse. Nous avons fait ce choix parce que nous croyons que cette décision repose grandement sur la tension morale présente entre plusieurs éléments sur lesquels le soignant cherche à balancer les torts potentiels de sa décision (choix éthique).

### **Sous-signalement**

Il existe une littérature grandissante explorant les situations de maltraitance qui sont reconnues, mais non rapportées par les professionnels aux services de protection de la jeunesse. Ainsi, une publication australienne<sup>123</sup> de 1997 compare la décision de signaler à un processus de loterie

(*The Child Abuse Lottery*) pour souligner son caractère hautement aléatoire au sein de la population étudiée. En effet, 43% des médecins à l'étude qui identifiaient une situation dans laquelle ils avaient une « suspicion raisonnable » de maltraitance choisissaient de ne pas la signaler, et ce malgré une obligation légale de le faire. Presque 20 ans plus tard, l'importante étude américaine CARES (Child Abuse Reporting and Experiences Study) de Flaherty et al. (2008)<sup>124</sup> rapportait que les cliniciens participants ne signalaient pas 27% des blessures qu'ils considéraient *probablement* ou *très probablement* attribuables à un mécanisme infligé et ne signalaient pas 76% des blessures qu'ils considéraient *possiblement* causées par un mécanisme infligé. L'étude de Sege et al. de 2011 au titre shakespearien (*To Report or not to Report ?*)<sup>125</sup> soulignait quant à elle que les professionnels de la santé de première ligne ne signalaient pas 21% des situations méritant un signalement selon les experts consultés. Plusieurs études incluses dans une revue systématique récente étudiant les publications sur le sujet entre 2010 et 2020<sup>32</sup> nous permettent de conclure que ce sujet est toujours d'actualité malgré certains changements apportés aux législations et malgré plusieurs efforts pour sensibiliser les professionnels de la santé à cette problématique. Cette revue, par Wilson et Lee, décrit les obstacles (nombreux) et les facteurs facilitants (rares) identifiés lors de recherches quantitatives et/ou qualitatives auprès d'intervenants pouvant être amenés à signaler dans plusieurs pays du monde (du Vietnam à la Pologne, en passant par le Brésil et l'Australie). Les résultats de leur analyse sont présentés dans les tableaux 3 et 4. Aucun des 37 articles retenus n'était issu du Canada. Une étude canadienne a toutefois été publiée par Vulliamy et ses collègues en 2000<sup>126</sup> décrivant la non compliance et le manque de satisfaction d'un petit groupe de pédiatres hospitalistes de la Colombie Britannique par rapport à leurs responsabilités de *signalants mandatés*. Depuis, aucune autre étude du genre n'a été publiée au Canada à notre connaissance, ce qui reflète la paucité relative de recherches canadiennes sur le sujet de la maltraitance<sup>127,128</sup>.

Tableau 4. – Sommaire des obstacles au signalement, Wilson et Lee (2021)<sup>32</sup>

Obstacles au signalement	
Catégorie	Exemples rapportés
Infrastructure du système de signalement	Absence de centralisation des signalements Manque de communication

	<p>Manque de rétroaction</p> <p>Pauvre documentation</p>
Stratégies légales et réglementaires	<p>Carences ou ambiguïtés dans les textes de loi</p> <p>Manque d'uniformité des définitions et des protocoles de prise en charge</p> <p>Écart de connaissances par rapport aux conséquences légales de ne pas signaler</p>
Outils d'évaluation inadéquats	<p>Paucité d'outils d'évaluation validés</p> <p>Pauvre intégration de questions systématiques</p>
Support et approbation limités de la part de l'administration	<p>Manque de support financier</p> <p>Limitations de temps</p> <p>Important roulement de personnel</p> <p>Lourdeur du travail.</p> <p>Manque de protection institutionnelle</p>
Contexte socioculturel et caractéristiques situationnelles	<p><b>Normes culturelles</b></p> <p><b>Manque d'anonymat associé à la proximité rurale</b></p>
Caractéristiques démographiques et professionnelles	<p>Genre masculin</p> <p>Certains facteurs de race/ethnie</p> <p>Profession (infirmiers.ières signalent moins)</p>
Perceptions et croyances négatives	<p><b>Biais personnels par rapport à l'éducation, la structure familiale ou le statut d'emploi</b></p> <p><b>Responsabilisation de certaines victimes de maltraitance (par exemple les victimes du trafic du sexe)</b></p>
Réticence, méfiance et manque de confiance	<p><b>Préférence pour d'autres types de services</b></p> <p><b>Crainte de faire un « faux signalement »</b></p> <p><b>Crainte d'accuser injustement des personnes innocentes</b></p> <p><b>Manque de confiance envers les autorités responsables de protéger les enfants</b></p> <p><b>Incertitude</b></p> <p><b>Manque de confiance par rapport aux capacités d'identifier la maltraitance</b></p> <p><b>Manque de confiance par rapport à l'interprétation des lois</b></p> <p><b>Manque de connaissance par rapport aux suites d'un signalement</b></p>
Émotions et sentiments difficiles	<p><b>Émotivité associée au signalement</b></p> <p><b>Sentiments négatifs associés (frustration, solitude, colère, impuissance)</b></p> <p><b>Caractère intimidant du processus</b></p>

	<b>Craintes de litiges</b>
Manque de connaissance et de sensibilisation	Score de connaissances bas Manque de formation sur la maltraitance et/ou le signalement

Tableau 5. – Sommaire des facteurs facilitants le signalement, Wilson et Lee (2021)<sup>32</sup>

<b>Facteurs facilitants le signalement</b>	
<b>Catégorie</b>	<b>Commentaires</b>
Infrastructure du système de signalement	Conseils, guidance et recommandations <b>Communication</b> Réseautage
Stratégies légales et régulatrices	Lois spécifiques (décrites comme procurant un « sens de refuge »)
Caractéristiques démographiques et professionnelles	Parentalité (propension à signaler proportionnelle au nombre d'enfants) Niveau d'éducation élevé Salaire et position hiérarchique Nombre d'années de pratique
Caractéristiques des ressources et du support disponibles	<b>Partage des responsabilités et des ressources</b> <b>Présence de systèmes de support</b> <b>Anonymat</b> Disponibilité de formulaires simples
Attitude et perception positives et responsabilité sociale	Confiance diagnostique <b>Autonomie décisionnelle</b> <b>Sentiment de responsabilité sociale (<i>social accountability</i>)</b>
Connaissances et sensibilité	Haut niveau de connaissances Grande prise de conscience de la problématique ( <i>awareness</i> )
Appels à l'action	<b>Intuition</b> Demande d'aide provenant des enfants eux-mêmes.

Il est aisé de constater que plusieurs obstacles identifiés relèvent des systèmes en place et de difficultés d'ordre bureaucratique ou organisationnel. En revanche, un nombre important des

facteurs (en gras dans les tableaux) soulèvent quant à elles des considérations de nature plus complexe du point de vue conceptuel dans lesquels le bien-être de l'enfant se retrouve contrebalancé à celui de sa famille ou du professionnel qui considère signaler. Face à ces difficultés, il peut être difficile pour le clinicien de prendre une décision éthique, tel qu'il sera discuté davantage plus loin dans ce mémoire.

### 1.3. Éthique clinique et signalement

*«To some the ethics of child maltreatment may seem relatively straightforward – maltreatment is wrong so don't do it, and if you witness it, report it. But for professionals, communities and families struggling to make good choices on behalf of children, the ethical issues are not easy.» (p. 157)*

- Jacqueline J. Glover et Lisa M. Justis<sup>129</sup>

Les sciences sociales et de la santé sont un large domaine de recherche et de pratique dont la complexité ne fait que croître à travers le temps. En effet, alors qu'autrefois le rôle du soignant était le plus souvent ancré dans l'accompagnement du malade vers une issue défavorable quasi inéluctable, la médecine et les sciences connexes incluent maintenant un éventail toujours grandissant de considérations. Ainsi les soignants doivent maintenant agir dans le meilleur intérêt de leurs patients tout en conciliant des concepts allant de l'intégration de données probantes dans la pratique à la prise en considération de la santé des populations, en passant par le développement incessant de technologies novatrices et la mise en application d'une interdisciplinarité respectueuse. Cette complexité mène inévitablement à des dilemmes et à des questionnements fréquents pour les professionnels de la santé qui, face à une situation engendrant une tension entre différentes possibilités, cherchent à « faire le bien dans une situation difficile »<sup>130</sup>. C'est de ces dilemmes et questionnements qu'émerge l'éthique clinique, un champ en développement constant qui tente « d'améliorer les soins aux patients en identifiant, en analysant et en tentant de résoudre les problèmes qui surviennent dans la pratique. (traduction libre)»<sup>131</sup> La place de l'éthique clinique est souvent considérée « à l'interstice des relations entre les patients qui sont malades et les (soignants) qui disent être capables de les soigner ou de leur fournir du réconfort. (traduction libre)»<sup>131</sup> Elle se distingue

d'autres approches principalement par son caractère libéral, voulant que chacun participe aux délibérations et au processus de réflexion.

« L'éthique clinique est donc une éthique de terrain plutôt qu'une discipline ou une spécialité. Elle appartient en effet à ceux qui veulent pratiquer activement la collaboration, l'écoute, la tolérance et à ceux qui sont prêts à voir l'incertitude comme une occasion de réfléchir ensemble sur le sens des actions possibles. »<sup>130</sup>

### **La place de l'éthique quand il est question de maltraitance**

Le sujet des enfants maltraités révèle inévitablement des questionnements éthiques importants pour les personnes qui les soignent<sup>132</sup>. En effet, il est souvent difficile de concevoir la meilleure approche pour « faire le bien » quand il est question de statuer par rapport à une entité aussi chargée émotivement et dans laquelle un aussi grand nombre de perspectives doivent être considérées. En ce sens, l'éthicienne et infirmière australienne Megan-Jane Johnstone statuait en 1999 que « la maltraitance pédiatrique constitue un problème moral significatif et, en tant que tel, requiert une réponse morale substantielle. (traduction libre) »<sup>133</sup> L'acte de signaler lui-même a, quant à lui, été décrit comme un « dilemme moral » par le psychologue Seth Kalichman dès 2002<sup>134</sup>.

Toutefois, très peu de publications ont étudié la maltraitance ou son signalement avec le regard particulier que permet l'éthique, tel que le soulignent aussi Forsner et ses collègues dans leur article récent (2021). Leur étude, de méthodologie mixte incluant des entretiens dirigés et des questionnaires, a permis de s'intéresser aux expériences de signalement et aux défis moraux rencontrés par 32 professionnels de l'éducation<sup>133</sup>. Ces auteurs soulignent que « *what seems to be lacking is a discourse, grounded in empirical research, on ethical aspects of reporting suspected child abuses* ». Les dilemmes éthiques mis en lumière dans leur article sont présentés avec une approche narrative incluant 3 grandes phases soit : (1) La prise de conscience (*awareness*) qui inclue les inquiétudes au sujet de l'enfant en question, (2) la délibération qui inclue la réflexion par rapport à signaler ou ne pas signaler, la considération pour le meilleur intérêt de l'enfant et le souci pour la préservation de la relation avec l'enfant ainsi qu'avec les parents et (3) les

répercussions (*aftermath*) qui incluent les conséquences négatives résultant des actions et les préoccupations qui perdurent dans le temps.

### **Tensions éthiques principales en lien avec le signalement**

Trois grandes catégories se dégagent dans les éléments qui sont en tension dans la délibération éthique face au signalement soit : (1) la protection de l'enfant vulnérable, (2) la préservation de la relation entre le soignant et l'enfant au cœur de sa famille ainsi que (3) les considérations d'ordre personnel du signalant.

À travers une méta-analyse de leurs données, Forsner et ses collègues (2021)<sup>133</sup> concluent que le conflit moral principal des participants de leur étude résultait de la tension ressentie entre l'obligation d'agir et la conscience morale de la possibilité de faire du tort à l'enfant. Ce constat fait écho à des études précédentes qui nous ont permis de constater que les personnes ayant la responsabilité de signaler une suspicion de maltraitance n'ont pas toujours l'impression d'agir dans le meilleur intérêt de l'enfant en respectant leur devoir de signalant<sup>78,124,135</sup>. En effet, une étude effectuée en 2000 par Flaherty et ses collègues auprès de 85 professionnels de la santé avait trouvé que seulement le tiers de leurs répondants étaient d'avis qu'un signalement aux services de protection de la jeunesse allait véritablement aider l'enfant signalé<sup>136</sup>. Les mêmes professionnels rapportaient que des expériences négatives antérieures avec les services de protection de la jeunesse influençaient leur décision de signaler. De même, une étude qualitative (comportant des entrevues approfondies avec 40 intervenants de différents métiers) effectuée en Israël en 2015 avait permis de conclure qu'outre le désir d'éviter la responsabilité associée (thème commun à tous les métiers), les professionnels de la santé étaient généralement envahi d'incertitude face au signalement (incertitude diagnostique, mais aussi incertitude face à la meilleure façon de défendre les intérêts de l'enfant)<sup>137</sup>. Toutes ces données mettent en évidence pourquoi il semble excessivement difficile pour les cliniciens de savoir comment « faire le bien ». Plusieurs études soulignent par ailleurs que les personnes qui doutent face au signalement ont tendance à vouloir essayer de « compenser » leur décision de ne pas signaler en intensifiant leurs propres interventions auprès de l'enfant<sup>78,124,133</sup>. Ces « actions compensatrices » sont variées et

incluent un suivi rapproché, une référence à un autre professionnel (incluant par exemple aux services sociaux autres que ceux de la protection de la jeunesse) ou encore l'établissement d'un plan de sécurité avec la famille<sup>124</sup>. Certaines de ces approches peuvent potentiellement mener à une confusion des rôles, pouvant aller jusqu'au remplacement du rôle de professionnel par celui d'un rôle de parent substitut (décrit dans le milieu scolaire)<sup>133</sup>. L'importance des expériences antérieures avec les services de protection de la jeunesse a par ailleurs été soulignée dans l'étude canadienne de Vulliamy et Sullivan (2000)<sup>126</sup>. Leur étude par questionnaire auprès de 26 pédiatres hospitalistes en Colombie-Britannique met de l'avant que le manque de confiance par rapport à une « issue favorable pour leur patient » est un obstacle majeur à leur décision de signaler. Cet article important souligne par ailleurs le caractère central de la communication entre les personnes concernées pour permettre la protection des enfants.

Les répondants de l'étude de Vulliamy et Sullivan soulignaient aussi leur désir de protéger leur relation avec les familles<sup>126</sup>. À cet égard, il importe de considérer que cette relation entre le soignant et la famille de l'enfant à signaler a souvent été décrite comme un des éléments clés dans le processus décisionnel par rapport au signalement. En effet, en 2008 Jones et ses collègues<sup>138</sup> ont effectué un questionnaire téléphonique auprès d'un sous-groupe de répondants d'une étude à méthodologie quantitative effectuée auprès de 434 professionnels de première ligne la même année (étude CARES, Child Abuse and Reporting Experiences Study<sup>135</sup>). Les réponses des 85 participants questionnés par Jones et al. ont mis en lumière l'importance accordée par les médecins à la proximité (*familiarity*) avec la famille. Celle-ci était souvent rapportée comme une raison de ne pas signaler, ou même comme une raison de modifier leur opinion initiale par rapport à une possibilité de maltraitance<sup>124</sup>. Ainsi, les soignants décrivent l'importance de la relation dans les soins de même que les efforts qu'ils sont prêts à envisager pour tenter de préserver leur relation avec la famille dans son entièreté. Il arrive d'ailleurs souvent que les soignants se sentent responsables des effets du signalement sur l'unité familiale (par exemple le retrait de l'enfant du milieu)<sup>1,32</sup>. Un autre élément de la relation de confiance que les soignants craignent outrepasser est la confidentialité<sup>1,139</sup>. En effet, le respect du secret professionnel est appris très tôt dans les professions de la santé et constitue généralement une pierre angulaire des soins. Bien que la majorité des soignants savent que le signalement est une

exception à la confidentialité incluse dans leur codes de profession, le changement de paradigme dans la relation demeure parfois difficile à opérationnaliser<sup>1</sup>.

Finalement, il faut reconnaître que de nombreuses valeurs individuelles ainsi que la défense de l'intérêt personnel (manque de temps, complexité perçue du processus, etc.) et la protection de sa personne sont aussi rapportés dans les obstacles au signalement<sup>32</sup>. Ces éléments viennent inévitablement teinter la délibération morale du signalant potentiel. Il est possible que les professionnels ne prennent pas toujours conscience explicitement des effets de ces considérations, entre autres à cause d'un biais de désirabilité sociale en lien avec l'acceptabilité d'inclure son propre bien-être dans une prise de décision ayant des répercussions aussi importantes sur l'enfant et sa famille<sup>1</sup>. Un article datant déjà de quelques années (2012) et s'intéressant aux expériences des médecins travaillant en pédiatrie de la maltraitance aux États-Unis (CAPs) révèlent que certaines préoccupations des soignants pourraient s'avérer entièrement fondées<sup>140</sup>. En effet, à travers un questionnaire auquel ont répondu 56 CAPs puis des entrevues semi-dirigées auprès de 19 d'entre eux, Flaherty et ses collègues ont pu mettre en évidence que les médecins ayant cette pratique rencontrent des défis majeurs dans leurs interactions professionnelles avec les familles. En effet, 52% des répondants avaient reçu des menaces physiques ou verbales entre 1 et 10 fois. Tous ces répondants ont rapporté avoir craint pour leur sécurité ou celle de leur famille, le plus souvent au moment d'informer les familles de leur suspicion de maltraitance. Environ la moitié des participants de cette étude avait fait l'objet d'une plainte et le quart décrivait une couverture médiatique négative de leur travail. Il importe de rappeler que ces données préoccupantes témoignent d'une réalité particulière, soit celle de la pratique de la médecine dans l'environnement hautement litigieux que sont les États-Unis. Ainsi, une étude canadienne menée en 2003 et s'intéressant aux expériences des professionnels de la santé (et non seulement les médecins) impliqués dans les équipes de pédiatrie de la maltraitance à travers le pays a conclu quant à elle que ces professionnels avaient un haut taux de satisfaction et relativement peu de stress associé à la nature particulière de leur travail<sup>141</sup>. Il est possible que ces données aient changées dans les dernières années avec l'évolution de ce domaine d'expertise et il serait excessivement intéressant de reproduire cette étude actuellement.

Plusieurs tensions sont donc mises de l'avant par les intervenants lorsqu'ils font face à des situations de possible maltraitance. Ces tensions dépassent largement le doute par rapport à la reconnaissance de situations de maltraitance. En effet, une fois qu'il est clairement identifié que l'enfant est victime de violence ou de négligence, il demeure difficile pour les intervenants d'agir à cause de tensions entourant les doutes par rapport à la meilleure conduite pour l'enfant, le souci de protéger la relation de confiance avec la famille ainsi que des craintes ou des préoccupations pour soi-même. Ces tensions sont clairement exprimées dans l'expression courante « *Damned if you do, damned if you don't* ». C'est d'ailleurs le titre du livre d'Anthony MacMahon (*Damned if You Do, Damned if You Don't : Working in Child Welfare*, publié pour la première fois en 1998)<sup>142</sup> qui porte sur les difficultés ressenties par les intervenants des services de protection de la jeunesse qui tentent de protéger les enfants en sous-pesant toutes les autres pressions affectant leurs décisions. Ainsi, le poids des décisions et des actions entourant les tentatives de protéger les enfants dans notre société pèsent lourd sur les épaules de certains.

### **Détresse morale et signalement**

Des études très récentes explorent ces tensions ressenties entre les actions à poser et leurs conséquences appréhendées à travers le regard de la détresse morale<sup>132,143</sup>.

La détresse morale, étudiée principalement chez les travailleurs de la santé (surtout les infirmiers.ières), décrit « les émotions douloureuses ou les difficultés psychologiques qui émergent à cause de la connaissance de l'action moralement appropriée à prendre qui se butte à l'incapacité de faire cette action face à des contraintes internes (comme la peur) ou externes (comme le manque de ressources) (traduction libre) »<sup>143</sup>. Le titre de l'étude de 2021 de He et ses collègues (« *When doing the right thing feels wrong* »)<sup>143</sup> résume bien ce concept. Leur équipe s'est intéressée (pour ce qui semble être une des premières fois) à la complexité morale à laquelle font face les intervenants des services de protection de la jeunesse. À travers les réponses quantitatives de 1 879 intervenants, ils concluent qu'une proportion élevée (40%) d'intervenants avaient dû, dans le cadre de leur travail, poser des actions qui allaient à l'encontre de leur « *better judgement* ». L'exemple fourni à cet égard est le placement de deux membres d'une fratrie dans

des milieux d'accueil différents, malgré la connaissance que cette pratique risque de rendre une situation traumatique encore plus difficile pour l'enfant. Un autre constat de leur étude était que plus de la moitié des répondants considéraient que les contraintes externes (règles et règlements) les empêchaient de bien effectuer leur travail. Les conclusions de cette large étude exploratoire suggéraient donc la présence de potentielle détresse morale chez les intervenants questionnés, et le principal facteur mitigeant dans toutes les catégories de détresse était un environnement de travail permettant une grande sécurité psychologique. Ce concept, mis de l'avant dans les dernières années principalement par Amy C. Edmonson<sup>144</sup>, pourrait s'avérer être une avenue intéressante à explorer dans les contextes d'évaluation de possible maltraitance. En effet, « *(p)otentially, if workers feel psychologically safe in the work environment, they may be more willing to speak up when faced with a morally distressing dilemma, hypothetically experiencing less moral distress while feeling more empowered to advocate for needs of families.* »<sup>143</sup>

L'applicabilité du concept de sécurité psychologique aux contextes de soins hospitaliers a largement été étudiée<sup>144-146</sup>, mais pas encore directement en lien direct avec des décisions entourant la protection des enfants (à notre connaissance).

L'autre étude s'étant récemment penché sur la détresse morale possiblement associée aux situations de maltraitance pédiatrique a été menée par Karachian et son équipe en 2021<sup>132</sup>. Les 146 infirmiers.ières questionnés.ées dans cette étude travaillaient dans un large centre hospitalier universitaire pédiatrique où plus de 1 800 cas de possible maltraitance étaient évalués chaque année et où il était possible de faire appel à une équipe interdisciplinaire spécialisée dans la prise en charge de ces situations. Les réponses de cette étude n'ont pas mis en évidence de détresse morale significative, ce que les auteurs attribuent à plusieurs hypothèses potentielles, incluant l'accès à une équipe spécialisée, une grande expérience institutionnelle et les milieux de soins inclus dans l'étude, soit des contextes « non intensifs ». Des associations ont été tirées entre l'exposition à des cas de maltraitance fatale et le désir de quitter la profession du répondant, mais le lien causal ne pouvait pas être déterminé.

Ce regard de la détresse morale permet non seulement de sensibiliser aux impacts potentiels des emplois en relations d'aide, mais aussi de faire une analyse plus complète et plus juste du

processus décisionnel dans des situations moralement complexes, en incluant de manière explicite les émotions engendrées par le dilemme.

### **Éthique du *care* et maltraitance**

« The ethics of care can help us to listen to the views of others and try to understand their points of view. Care inherently involves attentiveness to others and responding to needs, and its values prepare us to do what is needed to reduce and undermine trends toward violence. »

- Virginia Held<sup>147</sup>

Les émotions font quant à elle écho à une approche importante, soit celle de l'éthique du *care*.

Ce courant est fortement influencé par les mouvements socio-politiques féministes des années 1980s. Les approches féministes émergent d'un regard très critique de l'importance accordée aux concepts de justice, de rationalité abstraite, de droits et d'autonomie individuelle dans les courants philosophiques traditionnels, dans lesquels un biais masculin prédomine largement. En général, ces approches sont ancrées dans la conviction que les individus sont toujours en relation les uns avec les autres et ne peuvent être considérés comme des acteurs purement rationnels et détachés de leurs relations et des obligations ou enjeux de pouvoir en découlant. Plusieurs féministes défendent une conception de l'autonomie décrite comme une autonomie « relationnelle »<sup>130</sup> qui implique que le processus décisionnel doit prendre en considération l'analyse des forces positives ou oppressives qui influencent nos pensées et nos actions. Les émotions sont de ces forces.

L'éthique du *care* découle quant à elle d'une attention particulière accordée à la notion de « prendre soin » et à son caractère essentiel pour l'humain. Elle reconnaît par ailleurs la nature particulière de la relation professionnelle, incluant les déséquilibres de pouvoir fréquemment présents entre les individus impliqués. Ce courant éthique appelle à une attention particulière

aux besoins de la personne soignée et place une importance capitale sur les valeurs d'empathie, de sensibilité et de sollicitude. Elle prône une approche holistique et contextuelle des dilemmes en santé. Des critiques de ce courant ont questionné l'applicabilité de cette vision à des notions comme la violence ainsi que son interaction avec la justice<sup>148</sup>. Virginia Held répond à plusieurs de ces critiques dans un article de 2010<sup>147</sup> dans lequel elle commente sur la place de l'éthique du *care* en lien avec des problématiques de violence familiale et de terrorisme. Elle souligne que *«(v)iolence seems to call for the harsh arm of law and enforcement, not the soft touch of care. I will argue, nevertheless, that the ethics of care is a comprehensive morality that can offer guidance for problems of violence as it can for other problems. »* Son argumentaire s'articule autour du besoin de répondre de manière non violente autant que possible à la fois dans les familles et dans un contexte plus global, en prenant en compte les perspectives des *soignés* autant que des *soignants* dans nos législations et nos actions pour éviter une « domination paternaliste ». Elle souligne par ailleurs l'asymétrie de pouvoirs présents entre l'enfant et le parent, similaire à celle entre le patient et le soignant, qui ne devrait pas mener à l'utilisation de violence, mais plutôt à la rencontre des besoins de l'autre. Held met de l'avant que l'éthique du *care* « *provides guidance for meeting the needs of persons, including the needs for peace and security from violence in ways that are liberating, effective, sensitive and responsible. »*

Quand on s'attarde directement à la pertinence de ce courant éthique dans le signalement, on peut considérer que l'éthique du *care* rappelle l'importance d'une approche empreinte d'empathie et dénuée de jugement. Elle encourage à considérer le vécu et les perspectives de toutes les personnes impliquées dans la situation lorsque des décisions sont prises pour répondre principalement aux besoins de l'enfant (de protection), mais aussi aux besoins de l'ensemble de sa famille. Cette approche humaine souligne par ailleurs le besoin de reconnaître les enjeux de pouvoir qui s'opèrent de manière particulière en contexte de maltraitance, notamment entre les parents et leurs enfants, mais aussi entre les différents professionnels. Ainsi, il faut souligner les enjeux de pouvoir qui existent souvent entre les intervenants de la protection de la jeunesse et les professionnels de la santé. Ces enjeux sont illustrés, entre autres, par les difficultés de communication et le manque de rétroaction fournie aux signalants qui sont bien décrits dans l'étude canadienne de Vulliamy et Sullivan (2000)<sup>126</sup>.

## **Divulgence du signalement en contexte de soins**

Divulger l'intention de signaler ou le signalement est le fait d'informer la famille concernée des préoccupations du signalant qui justifient sa décision (ou celle d'un tiers) d'impliquer l'État dans la situation de la famille. Ce sujet est largement sous-exploré dans la littérature.

Au Québec, tel qu'énoncé précédemment, la LPJ contient un article spécifique sur la divulgation qui précise que « (n)ul ne peut dévoiler ou être contraint de dévoiler l'identité d'une personne qui a agi conformément aux articles 39 (portant sur les raisons de signaler) ou 42 (portant sur l'assistance que l'on doit apporter à un enfant qui souhaite lui-même signaler sa situation au DPJ), sans son consentement. » Cette notion est souvent abondamment soulignée dans les enseignements et les informations fournies aux signalants potentiels<sup>149,150</sup>. Cette particularité de la LPJ est aussi incluse dans d'autres lois canadiennes<sup>151</sup>, incluant celle du Manitoba, du Nouveau Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard ainsi que de certains états américains<sup>101</sup> et de certains autres pays<sup>152</sup>.

Par ailleurs, plusieurs lois (comme la LPJ) permettent aux personnes effectuant le signalement de le faire de façon complètement anonyme (sans révéler son identité à son interlocuteur du système de protection). En revanche, d'autres juridictions n'incluent pas cette possibilité, ou encore la limitent à des cas d'exception. Par exemple, aux États-Unis certains états interdisent aux signalants mandatés de demeurer anonymes, à la fois pour permettre aux intervenants des services de protection de la jeunesse de documenter les sources des signalements et pour documenter la compliance de ces signalants à leurs obligations légales<sup>101</sup>.

Ces deux mesures, la protection de l'identité de la personne qui signale et le signalement anonyme, tentent de mitiger les craintes potentielles des personnes pouvant être appelées à signaler, craintes entourant principalement leur propre sécurité. À cet égard, il importe de souligner que une majorité des juridictions à travers le monde contiennent des statuts d'immunité, protégeant la personne « agissant de bonne foi » (Article 43 de la LPJ)<sup>35</sup>, et ce quelle que soit la conclusion finale de l'évaluation sociale. Les récriminations légales sont donc

excessivement rares pour les personnes qui signalent, mais on sait que certaines personnes craignent davantage les blâmes et représailles provenant de la famille ou de la communauté<sup>32</sup>.

Bien que les textes légaux puissent inclure la possibilité de ne pas discuter d'une intention de signaler ou d'un signalement avec la famille (divulgation), certains auteurs critiquent cette approche qui n'est pas transparente vis-à-vis de la famille. Dans leur article *Reporting Child Abuse : The Ethical Obligation to Inform Parents*<sup>153</sup>, datant déjà de plusieurs années, Racusin et Felsmen présentent clairement leurs opinions sur le sujet.

*« When Is Not Informing Parents Justified? Any justification for not informing parents is based upon the intention of the deceiver to avoid or prevent some evil or harm which is judged to be significantly greater than the evils associated with violating the moral rule. In the reporting of child abuse, the intended beneficiaries of the deception are presumably the child, the parents, or the child and the parents jointly. In each case the harm to be avoided or prevented must be weighed against the known or possible harm caused by the deceptive withholding of information.*

(...)

*We believe that informing parents that suspected child abuse is being reported, or actively considered, is both ethically required and clinically sensible in almost all cases. When a certain threshold of suspicion has been reached, it becomes deceptive not to inform parents. This deception by omission can be justified in specific situations; however, justification is almost always temporary. That is, it is a question of when not whether to inform. »*

Kalichman, quant à lui, est d'avis que *« (f)ailing to inform parents and children about the decision to report creates a 'secret', possibly implying that reporting, and therefore the professional's behavior, is harmful »*<sup>139</sup> (p.125).

Certains écrits s'intéressent plus spécifiquement à la manière dont les inquiétudes devraient être communiquées à la famille<sup>1,78,86,154,155</sup>. En guise d'exemple de certaines recommandations, Pietrantonio et ses collègues suggèrent l'utilisation d'un outil développé dans l'enseignement de « l'annonce de mauvaise nouvelle », soit le SPIKES, développé initialement pour un usage en oncologie<sup>155</sup>. En effet, Pietrantonio et ses collègues décrivent la mise en application de cet outil dans les enseignements entourant la divulgation d'un signalement et les effets positifs ressentis

par les apprenants<sup>155</sup>. Les différents éléments de cette approche sont présentés dans l'Annexe 2. Outre l'approche SPIKES elle-même, Pietrantonio et ses collègues mettent aussi de l'avant l'importance de la simulation pour permettre aux apprenants de se familiariser avec le déroulement de ces discussions difficiles dans des contextes sécuritaires d'apprentissage. Cette approche est tout à fait dans l'air du temps puisque les futurs professionnels de la santé apprennent de plus à plus à annoncer une mauvaise nouvelle à travers la pratique en contexte de simulation<sup>156</sup>. Certains auteurs suggèrent par ailleurs de recadrer le signalement auprès des familles comme étant une opportunité d'obtenir des services psychosociaux<sup>129</sup>. Joyce Scaife, une psychologue américaine décrit dans son livre au sujet des interventions en protection de la jeunesse *Deciding Children's Future*<sup>157</sup>, une approche de divulgation guidée par l'empathie, incluant l'utilisation d'un pronom commun (« nous ») plutôt que le « vous » dirigé vers les personnes signalées qui peut être perçu comme un blâme.

Toutes ces contributions suggèrent une approche empreinte de bienveillance, d'un respect réel et de compassion à l'égard des familles, quel que soit leur rôle dans la situation. Les adultes visés sont activement impliqués dans le processus de signalement et de prise en charge psychosociale, permettant une certaine mobilisation et une plus grande impression de contrôle. Une telle approche tente de conserver un élément de confiance dans la relation, malgré le bris de confidentialité requis lors d'un signalement et malgré les incertitudes face au processus d'implication des services de protection de la jeunesse. Beaucoup de parallèles peuvent être tirés avec le modèle de partenariat de soins<sup>130</sup>. Tel que décrit par Glover et Justis :

*« Ethically, this partnership is the ideal way to respect all of the values at stake – promoting well-being of the child and family by beginning the opportunity to build resiliency, not harming by failing to report, reducing harm by the way you report, and respecting family and the family relationship. It also respects the professional and societal values that undergird the law of mandatory reporting. (...) »*

*It is first the value of justice in the sense of due process that we seek to honor when we involve parents as decision makers. (...) Our ethical framework requires compassion and presence with these families – working with them for the benefit of their children in the context of the family. The values of beneficence and non-maleficence require support to preserve the family in so far as possible because it affords us a better chance to protect this child, to break the cycle, and to prevent problems in the future for this child and other children. » (p. 162-163)<sup>1</sup>*

Bien qu'une approche transparente, et même partenariale, puisse être favorisée, il importe d'en reconnaître les limites et de rappeler qu'en aucun cas le consentement de la famille n'est requis pour effectuer un signalement. Il est possible d'offrir aux adultes concernés d'effectuer le signalement eux-mêmes ou encore que le soignant fasse le signalement en leur présence (mais toujours en l'absence de l'enfant/des enfants). Toutefois, même si la famille ne souhaite pas participer au processus ou encore s'y oppose, le signalement doit être effectué s'il est requis.

Finalement, il importe de rappeler que tous les experts, même les auteurs critiques d'une approche sans divulgation, s'entendent pour dire que certaines instances (considérées exceptionnelles par certains) requièrent que la famille ne soit pas informée des inquiétudes en lien avec une possible maltraitance. Ces situations pourraient inclure celles dans lesquelles il peut y avoir raison de craindre une escalade de violence, celles dans lesquelles on redoute que les parents disparaissent avec l'enfant ou encore certaines situations dans lesquelles il est su que le parent est l'agresseur (notamment les cas d'incestes)<sup>1,139</sup>. Il peut être difficile de déterminer dans quelles situations précises une divulgation ne serait pas souhaitable, et ce sujet devrait être étudié davantage.

#### **1.4. Origines du projet**

Prendre conscience de la complexité du signalement (ainsi que de toutes les valeurs et considérations qui sont en tension quand il est considéré) permet de commencer à comprendre les origines de l'écart entre la réelle prévalence de la maltraitance et ses taux connus dans nos sociétés. Des constats généraux peuvent être tirés, mais leurs subtilités varient d'un individu et d'une situation à l'autre selon plusieurs caractéristiques. Dans un espoir de mieux saisir la réalité des professionnels d'un centre hospitalier universitaire pédiatrique du Québec d'appartenance, une étude exploratoire a été menée auprès d'eux en 2020-2021 et fait l'objet des prochains chapitres de ce mémoire.



## **Chapitre 2 – Buts et hypothèses**

### **2.1. Buts du projet**

Aux vues des répercussions connues de la maltraitance, il est primordial de continuer de se questionner sur l'écart entre les cas reconnus de maltraitance et sa réelle prévalence dans la société. Cette étude propose d'explorer à nouveau une des dimensions de ce phénomène, soit le signalement par les professionnels de la santé qui reconnaissent la possibilité de maltraitance dans une situation donnée.

Plus spécifiquement, le but de la présente étude était de décrire les expériences et perspectives de certains professionnels de la santé du CHU Sainte-Justine en lien avec le signalement.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient :

- Évaluer l'impact de la profession, du milieu de soins et du nombre d'années de pratique (plus ou moins 10 ans de pratique) sur les réponses des participants ;
- Explorer la perception des participants de la divulgation du signalement ;
- Évaluer l'opinion des participants quant à l'enseignement reçu au sujet de la maltraitance et de son signalement;
- Explorer l'impact ressenti de la pandémie à COVID-19 sur la sécurité des enfants.

### **2.2. Hypothèses**

Comme hypothèse principale de recherche, il était attendu que les professionnels du CHU Sainte-Justine questionnés avaient rencontré des situations de possible maltraitance dans le cadre de leur travail et qu'ils rapporteraient des obstacles au signalement similaires à ceux décrits dans la littérature. Nous avons prévu que différentes caractéristiques individuelles (profession, milieu de travail, nombre d'années de pratique) pourraient avoir un impact sur les opinions et perspectives des soignants.



## **Chapitre 3 – Méthodologie**

### **3.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude exploratoire transversale par questionnaire anonyme à méthodologie quantitative (avec quelques réponses ouvertes courtes) réalisée auprès de professionnels de la santé (infirmiers.ières, médecins et médecins résidents) travaillant dans trois milieux de soins (urgence, néonatalogie, pédiatrie générale) d'un centre hospitalier québécois de soins pédiatriques, le CHU Sainte-Justine.

Cette étude était de nature exploratoire en ce sens qu'elle permettait d'examiner les opinions et perspectives des participants ciblés sans pouvoir approfondir celles-ci. Elle était aussi de nature exploratoire parce qu'il n'a pas été possible d'étudier les expériences et perspectives de l'ensemble des professionnels de la santé du centre étudié.

### **3.2. Participants**

Les infirmiers.ières et infirmiers.ières auxiliaires travaillant régulièrement dans les milieux de soins des unités de pédiatrie générale, de la néonatalogie et de l'urgence du CHU Sainte-Justine ont été invités.ées à participer à l'étude. Les médecins travaillant dans les équipes de pédiatrie générale, de néonatalogie et de l'urgence du CHU Sainte-Justine ont été invités à participer à l'étude. Tous les médecins résidents du programme de pédiatrie de l'Université de Montréal (résidents) ont aussi été invités à participer.

Les unités de pédiatrie générale au CHU Sainte-Justine sont les unités de « médecine générale » par opposition aux unités de surspécialités médicales ou chirurgicales (par exemple gastroentérologie ou urologie). La néonatalogie inclue les soins intensifs néonataux et les soins intermédiaires néonataux. Ce milieu n'inclue pas les soins octroyés à l'unité de maternité ou à la pouponnière (généralement de très courte durée). Le milieu de soins de l'urgence accueille des patients avec des conditions médicales et chirurgicales. Dans la très grande majorité des cas de

l'urgence, les patients sont vus par l'équipe médicale et infirmière de l'urgence (plutôt que directement par une surspécialité).

Puisque le projet n'a été effectué qu'en français, les participants devaient savoir lire et écrire en français pour pouvoir y participer.

Les professions étudiées ont été choisies pour permettre d'explorer les perspectives de différents intervenants au CHU Sainte-Justine. Nous avons volontairement omis d'inviter le personnel des services psychosociaux à participer puisque ces personnes étant très peu nombreuses dans les milieux de soins identifiés, il n'aurait pas été possible de conserver l'anonymat de leurs réponses.

Bien que d'autres équipes auraient pu être interpellées, les milieux de soins ont été choisis pour plusieurs raisons. D'abord ce choix permettait d'explorer les perspectives des soignants qui entrent le plus souvent en contact avec ces patients au CHU Sainte-Justine (outre l'équipe de pédiatrie de la maltraitance). Ensuite, ces milieux faisaient en sorte qu'il y avait une représentation de soignants offrant des soins aigus et ayant des relations plus ponctuelles avec les patients et leur famille (urgence) ainsi que de soignants ayant des relations de soins potentiellement plus prolongées (pédiatrie générale et néonatalogie). En effet, on souligne que les hospitalisations dans ces deux derniers milieux sont parfois longues et certains médecins impliqués dans ces équipes assurent aussi des suivis longitudinaux de patients ambulatoires. La diversité des milieux était donc un des éléments considérés. Par ailleurs, les milieux de l'urgence et de la néonatalogie sont plus rarement explorés dans la littérature sur le signalement, justifiant d'autant plus leur inclusion dans cette étude. Ces milieux sont aussi intéressants parce qu'ils sont les deux « portes d'entrée » principales pour le CHU Sainte-Justine. Une composante de commodité était aussi présente puisque la chercheuse principale (CLD), sa directrice (NG) et sa co-directrice (AJ) avaient chacune leur pratique dans un des milieux inclus dans le projet.

Il a été décidé de ne pas questionner le personnel de l'équipe de pédiatrie sociojuridique puisque ces professionnels sont beaucoup plus exposés aux situations de maltraitance, reçoivent plus de formation à ce sujet et sont généralement plus à l'aise avec ce sujet. Leurs réponses auraient donc pu biaiser les résultats.

L'échantillon était donc non probabiliste, représentant un échantillon de convenance des professionnels de la santé du CHU Sainte-Justine des secteurs impliqués.

### **Critères d'exclusion**

Les intervenants en congé de maladie, de service ou de maternité n'ont pas été inclus dans l'étude.

### **Contexte local**

Le CHU Sainte-Justine est un centre hospitalier universitaire de soins pédiatriques tertiaires et quaternaires qui évalue chaque année plusieurs centaines de milliers d'enfants de tous âges.

Une équipe interdisciplinaire de pédiatrie de la maltraitance y évalue annuellement entre 200 et 350 enfants chez qui l'on soulève la possibilité de maltraitance. Ces évaluations ont lieu en clinique externe ou sur les unités d'hospitalisation du CHU Sainte-Justine, et sont en lien principalement avec des préoccupations de possibles sévices corporels ou d'agressions à caractère sexuel. Les références et les consultations proviennent d'un vaste territoire qui inclut l'Île-de-Montréal ainsi que ses couronnes Nord et Sud. Dans environ 40% des situations, le diagnostic retenu n'est pas en lien avec la maltraitance.

### **Taille du groupe cible**

La taille des groupes cibles d'études similaires à celle-ci ont été considérées, notamment l'étude canadienne de Vulliamy et collègues<sup>126</sup> (taille du groupe cible de pédiatres hospitalistes, n=26) et celle plus récente auprès de professionnels de la santé aux États-Unis de Foster et collègues (taille groupe cible de professionnels de la santé n=114)<sup>158</sup>.

Dans le cadre de cette étude, l'objectif était d'explorer les perspectives d'au moins 70% des médecins inclus dans notre groupe cible. Idéalement, il était visé d'avoir un échantillon semblable

des rôles professionnels principaux (médecins et infirmier.ières) afin de pouvoir comparer leurs réponses.

### **3.3. Questionnaire**

#### **Élaboration du questionnaire**

Un questionnaire en français (voir Annexe 4) a été créé pour cette étude exploratoire. Les questions ont été conçues en se basant sur les données disponibles dans la littérature au sujet des obstacles au signalement aux services de protection de l'enfance identifiées par divers professionnels (incluant médecins, infirmiers(ières), professeurs et psychologues). Le questionnaire a aussi été librement inspiré de celui développé pour obtenir les opinions entourant le signalement de l'abus sexuel pédiatrique de professeurs en Australie (Teachers' Reporting Attitude Scale for Child Sexual Abuse, TRAS - CSA) dans le cadre de l'étude de Walsh et ses collègues<sup>159</sup>. Ce questionnaire avait ensuite été modifié par Foster et ses collègues<sup>158</sup> pour explorer les opinions entourant le signalement de la maltraitance en général (plutôt que seulement l'abus sexuel pédiatrique) de professionnels de la santé aux États-Unis. Les questions incluses dans l'article de l'étude de Telsma et al.<sup>115</sup> ont aussi inspiré le questionnaire de recherche. Le questionnaire a été développé par la chercheure principale (CLD) avec la contribution de NG (directrice) et AJ (co-directrice).

Initialement, des vignettes cliniques étaient incluses dans le questionnaire pour tenter d'étudier plus concrètement les attitudes des signalants par rapport à diverses formes de maltraitance. Toutefois, ces vignettes allongeaient considérablement le temps de réponse et n'ont pas été conservées dans le questionnaire. Une version préliminaire du questionnaire a fait l'objet d'un pilote (voir plus bas : pré-test).

Le questionnaire final comportait vingt-cinq questions en cinq sections : questions générales concernant l'expérience de signalement et d'exposition à la maltraitance du participant (9), question longue plus spécifiquement en lien avec les perspectives des participants face au signalement (1), questions en lien avec la divulgation du signalement à la famille de l'enfant (3),

questions en lien avec l'enseignement et la formation reçu en maltraitance (5) et questions de générales sur le profil sociodémographique et professionnel (7). La majorité des questions étaient de méthodologie quantitative (oui/non, échelle de Likert, etc.), et cinq réponses ouvertes courtes étaient aussi incluses pour permettre aux participants de présenter et préciser plus librement leurs perspectives s'ils le souhaitaient.

### **Variables dépendantes et indépendantes**

Les expériences professionnelles antérieures avec les services de protection de la jeunesse ont été questionnées/documentées pour être mises en relation avec les autres données questionnées. Des questions ont ciblé les caractéristiques socioprofessionnelles des participants, incluant leur profession, le milieu de soins où avait lieu la majorité de leur pratique et leur nombre d'années de pratique. La perception de l'enseignement reçu pendant la formation initiale et au courant de la pratique au sujet de la maltraitance et de son signalement a été explorée.

Des données démographiques ont aussi été recueillies au sujet des participants, incluant la catégorie d'âge, le genre, la race et la parentalité.

### **Informations concernant le projet et son sujet dans le questionnaire**

Une brève explication du projet, de son déroulement et de ses retombées était incluse au début du questionnaire (voir Annexe 5), ainsi que quelques définitions de termes utilisés. Peu d'informations étaient fournies aux participants pour éviter d'introduire des biais qui pourraient découler d'une explication détaillée sur l'étude, plus précisément sur les enjeux éthiques auxquels sont potentiellement exposés les professionnels à l'étude.

### **Pré-test**

Tel que mentionné plus haut, le questionnaire a d'abord été distribué aux membres du Comité d'éthique clinique et organisationnelle du CHU Sainte-Justine. Les huit personnes ayant répondu

au questionnaire pré-test avaient des contextes professionnels variés (infirmiers.ières, médecins, avocat, sociologue) permettant un regard multidisciplinaire sur sa forme et son contenu. Des suggestions et commentaires ont été faits (par courriel et discussion téléphonique avec la chercheuse principale) menant à quelques modifications du questionnaire avant sa distribution aux participants de l'étude. Ces changements concernaient le choix de langage utilisé et l'ordre dans lequel étaient présentées les questions.

### **3.4. Considérations éthiques**

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine le 16 juillet 2021 (numéro d'évaluation 2020-2006, Annexe 3).

Une page de présentation précédait les questions et la poursuite du questionnaire correspondait au consentement des participants (tel qu'est l'usage dans ce type de questionnaire en ligne).

Pour tenter d'éviter le biais cognitif de conformisme et le biais d'ommission qui peuvent être générés en demandant aux professionnels de la santé quelle serait leur propre conduite face à un cas de potentielle maltraitance, certains items du questionnaire ont été formulés pour poser des questions par rapport à ce qu'un collègue du participant serait enclin à faire plutôt que le participant lui-même. Cette approche est celle qui est décrite dans l'article de Vulliamy<sup>126</sup>, de Colombie-Britannique au Canada. Certains thèmes étaient explorés à la fois avec des affirmations au « je » et des affirmations neutres ou aux troisièmes personnes du singulier ou du pluriel.

Pour tenter de mitiger le risque potentiel que la participation au projet et les réflexions entourant des situations de maltraitance puisse susciter de la détresse morale chez les participants, des liens vers des ressources adaptées ont été inclus au début du questionnaire. Pour permettre de répondre à certaines des questions qui auraient pu faire surface pendant la participation à ce projet, des liens ont aussi été inclus vers des références pertinentes.

### 3.5. Procédures

Le questionnaire était disponible aux participants en version électronique (SurveyMonkey Inc.) accessible sur un appareil personnel (ordinateur, tablette ou téléphone intelligent) ou sur un ordinateur de leur lieu de travail. Dans le contexte de la pandémie à COVID-19, il était préférable que les participants répondent aux questions sur un appareil individuel au lieu d'un appareil de recherche commun prêté pour diminuer les risques de propagation du virus.

Un lien vers le questionnaire a été envoyé par courriel et par l'intermédiaire de communiqués réguliers des milieux de soins impliqués. Une affiche était aussi diffusée avec un code QR qui permettait un accès facile et rapide au questionnaire en ligne. Des « championnes » de recherche ont circulé dans les milieux pendant la collecte de données pour distribuer des cartes postales de l'affiche avec le code QR et pour encourager les soignants à répondre au questionnaire s'ils ne l'avaient pas déjà fait. Un rappel général par liste de diffusion interne a été envoyé après deux semaines à toutes les personnes rencontrant les critères d'inclusion. Ce rappel a été envoyé à tous les participants avec une mention de ne pas tenir compte du message si la personne avait déjà répondu au questionnaire avant le message de rappel. Cette façon de faire a été préconisée pour respecter l'anonymat de tous les participants.

La collecte de données ayant eu lieu dans le contexte de la pandémie à COVID-19 et de situations de pénurie en ressources humaines en santé, certaines mesures ont été entreprises pour stimuler l'intérêt des participants des groupes ciblés. Pour accroître la visibilité du projet, des séances de formation ont été offertes par la chercheuse principale en lien avec le sujet de l'étude (maltraitance et signalement). En effet, une formation virtuelle d'une durée d'une heure (qui a été enregistrée pour être disponible à la convenance des participants) a été organisée pour l'équipe de médecins et d'infirmières de néonatalogie. À cause de l'enregistrement prévu pour en augmenter l'accessibilité, il n'est pas possible de savoir combien de professionnels ont écouté la formation. Une formation en personne de trente minutes a aussi été offerte à trois reprises pour rejoindre les trois quarts de travail des infirmières de pédiatrie générale. Le contenu de ces formations était similaire et s'articulait autour des thèmes de l'épidémiologie de la maltraitance, de ses impacts ainsi que du signalement et de ses obstacles. Le projet de

recherche était présenté très brièvement sans détailler les éléments du questionnaire. De brèves rencontres virtuelles avec les médecins de l'urgence et de la pédiatrie générale ont eu lieu avec un accent sur le projet lui-même plutôt que sur les aspects contextuels, ainsi que des formations générales sur la prise en charge de la maltraitance, incluant son signalement.

Des chocolats enveloppés individuellement ont été distribués pendant la période de collecte de données et des fleurs ont été placées dans les aires de repos pour remercier les participants de la pédiatrie générale et de l'urgence. Ces démarches n'ont pas été possibles en néonatalogie en lien avec les risques sanitaires perçus.

Les résidents de pédiatrie ont été approchés pendant un cours hebdomadaire avec la permission de l'enseignant désigné cette semaine-là. Une brève présentation virtuelle du projet a été faite suivie de la distribution de collations. Un courriel de rappel a été envoyé à l'ensemble des résidents deux mois après la période initiale de collecte de données.

### **3.5. Analyse de données**

Toutes les données ont été entrées dans une base de données Excel (Microsoft Inc., Richmond, VA) et ont été analysées avec le programme SPSS v.20 (IBM Inc.). Les réponses aux questions ouvertes courtes ont fait l'objet d'une analyse thématique descriptive<sup>160</sup>. Les thèmes ont été développés simultanément et indépendamment par deux autrices (CLD, NG) de ce projet en se basant sur l'analyse des réponses de 15 participants. Cette étape a permis l'optimisation et l'ajustement des définitions de thèmes qui ont été utilisées pour le codage final des réponses. Le codage des réponses a ensuite été fait par l'autrice principale (CLD) par analyse thématique.

Concernant l'objectif primaire, une approche descriptive est utilisée pour décrire les opinions et le vécu des participants. Les opinions et perspectives des participants ont souvent été explorées à partir de questions formulées sous forme d'énoncés affirmatifs évalués sur une échelle de Likert. Pour ces questions, les données ont été dichotomisées pour faciliter l'analyse. Par exemple, les réponses « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » ont été considérées ensemble alors que « pas tout à fait d'accord » et « pas du tout d'accord » ont été combinées.

Les données sociodémographiques sont présentées de manière descriptive seulement. Puisque l'impact de celles-ci sur l'attitude face au signalement avaient été étudiées dans plusieurs autres études<sup>32</sup>, nous n'avons pas inclus cette analyse dans notre étude.

Concernant les objectifs secondaires, le test du Chi-deux a été utilisé pour comparer les réponses selon les groupes et la variable étudiée (profession, milieu de pratique, années d'expérience, enseignement reçu). Si des fréquences théoriques inférieures à cinq étaient observées, un test exact de Fisher était plutôt proposé. L'ensemble des tests proposés sont bilatéraux et un seuil significatif de 5% a toujours été considéré.



## Chapitre 4 – Résultats

Cent trente-cinq personnes – médecins, infirmiers.ières et médecins résidents en pédiatrie (« résidents ») – ont répondu au questionnaire entre octobre 2021 et janvier 2022, suggérant un taux de participation des médecins de 58%. Le taux de participation des infirmiers.ières était d'environ 19%, alors que celui des résidents était de 28%. Il n'était pas possible de connaître le taux d'abandon puisqu'aucune information n'était détenue par rapport aux personnes qui ne soumettaient pas le questionnaire. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.

L'échelle de réponses retenue pour ce questionnaire offrait 4 choix, et n'offrait pas la position « neutre » ou « centrale » pour inciter les répondants à prendre position face aux questions posées. Il était néanmoins important d'offrir une réponse possible pour ceux qui ne s'identifiaient à aucune des options données. Ainsi, la réponse « Je préfère ne pas répondre est proposée ». Pour chaque réponse, le nombre de non-répondants et de personne qui ont préféré ne pas répondre est présenté. Tous les répondants n'ont pas répondu à toutes les questions. Pour cette raison, le nombre de participants ayant répondu à une question donnée est inclus dans les tableaux, ainsi qu'une mention sous le tableau pour expliquer les chiffres et proportions présentés.

Les résidents n'ont pas été inclus dans la catégorie « médecins » parce que leurs caractéristiques professionnelles diffèrent grandement de celles des médecins en pratique. À cause du petit nombre de résidents ayant répondu au questionnaire (9), nous n'avons pas effectué de comparaisons détaillées entre leur groupe de professionnels et les autres groupes questionnés, mais avons présenté leurs réponses dans les tableaux présentés.

Le Tableau 6 présente les données sociodémographiques et socioprofessionnelles des participants. La moitié des répondants étaient des médecins et les participants provenaient des trois milieux de pratique approchés de manière plutôt équilibrée. On note, par ailleurs, tel qu'est souvent le cas dans les contextes de soins pédiatriques<sup>161</sup>, qu'une majorité de personnes s'identifiant au genre féminin (80%). L'échantillon comprenait 46% de répondants entre 31 et 45 ans, mais le nombre d'années de pratique était également distribué entre ceux étant en pratique

depuis moins de 10 ans et plus de 10 ans. Quarante-neuf pourcents des participants étaient de race blanche

Tableau 6. – Caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des répondants

<b>Caractéristique démographique</b>	<b>Participants n (%)</b>
Profession (n* total 124)	
Infirmier.ières	62 (43)
Médecins	53 (50)
Résidents	9 (7)
Lieu d'exercice (n* total 127)	
Pédiatrie générale	36 (28)
Néonatalogie	33 (26)
Urgence	46 (36)
Résidence	8 (6)
Autre	4 (3)
Genre (n* total 126)	
Femme	101 (80)
Homme	25 (20)
Autre ou non binaire	0
Préfère ne pas répondre	0
Catégorie d'âge (n* total 126)	
< 25 ans	9 (7)
25-30 ans	27 (21)
31-45 ans	58 (46)
46-60 ans	25 (20)
> 60 ans	7 (6)
Ont des enfants (n* total 127)	72 (57)
Durée de pratique (n* total 127)	
< 5 ans	39 (31)
5 à 10 ans	

> 10 ans	26 (20)
	62 (49)
Race (n* total 126)	
Blanche	112 (89)
Autre	11 (9)
Préfère ne pas répondre	3 (2)

\* Ces « n » représentent les participants ayant répondu à la question.

#### 4.1. Expériences des participants

Quatre-vingt-seize pourcents des répondants ont rapporté avoir déjà rencontré dans le cadre de leur travail des cas de « suspicion de maltraitance ». Ceci était vrai quelle que soit la profession des répondants (infirmiers.ières 95%, médecins 98%, résidents 100%), leur milieu de soins (pédiatrie générale 97%, néonatalogie 97% et urgence 96%) ou leur nombre d'années en pratique (10 ans et moins de pratique ou plus de 10 ans de pratique 97%).

Plus de la moitié (56%) des participants n'ont jamais fait de signalement eux-mêmes. Toutefois, une petite proportion de répondants (13%) n'a jamais participé à un signalement. Le fait de ne jamais avoir fait ou participé à un signalement était beaucoup plus fréquent dans le groupe d'infirmiers.ières, avec 82% des répondants de cette catégorie n'ayant jamais fait de signalement eux-mêmes et 26% n'ayant jamais *participé* à un signalement, alors que 21% des médecins n'avaient jamais fait de signalement eux-mêmes et tous avaient déjà *participé* à un signalement ( $p < 0,001$ ).

Tous les résidents avaient déjà participé à un signalement, et 33% avaient déjà effectué un signalement eux-mêmes.

Il n'y avait pas de différence significative par rapport aux expériences de signalement selon les milieux de pratique ou le nombre d'années de pratique des participants.

Tableau 7. – Participants n'ayant jamais fait ou jamais participé à un signalement

Catégorie de répondant	N'a jamais fait lui/elle-même de signalement  n (%)	p	N'a jamais fait partie d'une équipe de soignants qui faisait un signalement  n (%)	p
Participants (n* total 134)	75 (56)	-	18 (14)	-
Profession (n* total 115)				
Infirmiers.ières	51 (82)	<b>&lt;0,001</b>	16 (26)	<b>&lt;0,001</b>
Médecins	11 (21)		0	
Résidents (n* total 9)	6 (67)	-	0	-
Lieu de pratique (n* total 115)				
Pédiatrie générale	19 (53)	0,143	7 (19)	0,856
Néonatalogie	24 (73)		3 (9)	
Urgence	18 (39)		5 (11)	
Durée de pratique (n* total 127)				
≤10 ans	39 (60)	0,615	11 (17)	0,122
>10 ans	31 (50)		5 (8)	

\* Ces « n » représentent les participants ayant répondu à cette question pour lesquels nous connaissons les caractéristiques étudiées.

Soixante-sept pourcents des médecins ayant déjà effectué un signalement eux-mêmes l'avaient fait plus de cinq fois, alors que 64% des médecins avaient déjà été impliqués dans plus de dix signalements effectués par leur équipe. Les infirmiers.ières qui avaient eu des expériences de signalement en rapportaient beaucoup moins. Il n'y avait pas de différence dans le nombre de signalement effectué selon le milieu de soins ou le nombre d'années de pratique.

Tableau 8. – Nombres de signalements effectués selon la profession

Nombre de signalements	Infirmiers.ières	Médecins
	n (%) – n* total 62	n (%) – n* total 53
Effectué par le participant		
Aucun	51 (82)	11 (21)
<5	7 (11)	14 (26)

5 à 10	1 (2)	14 (26)
> 10	3 (5)	14 (26)
Effectué par une équipe dont faisait partie le participant		
Aucun	16 (26)	0
<5	28 (45)	7 (13)
5 à 10	7 (11)	12 (23)
> 10	11 (18)	34 (64)

\* Ces « n » représentent les participants ayant répondu à cette question pour lesquels nous connaissons la profession.

Dix-sept pourcents des participants rapportaient avoir déjà témoigné au tribunal. Il existait une différence statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) entre l'expérience des médecins (30% ayant déjà témoigné) et des infirmiers.ières (6% ayant déjà témoigné) dans le processus judiciaire. Aucun résident n'avait témoigné au tribunal. Il n'y avait pas de différence selon le milieu, mais les participants avec plus de 10 ans de pratique avaient témoigné significativement plus que ceux avec 10 ans de pratique et moins (31% vs 3%,  $p < 0,001$ ).

## 4.2. Perspectives et opinions des participants

Les réponses des participants à une série de vingt-deux affirmations entourant le signalement (Question 10 - formulations tirées ou inspirées du TRAS-CSA<sup>158,159</sup>) sont présentées dans le tableau 9. Dans cette première section, les affirmations sont présentées dans l'ordre (intentionnellement aléatoire, similaire à celui du TRAS-CSA) dans lequel elles apparaissent dans le questionnaire.

Soixante-dix-neuf pourcents des répondants ont rapporté qu'ils étaient « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » qu'ils signaleraient une situation de maltraitance s'ils en suspectaient une. Seulement 4 répondants (3%) nous ont dit qu'ils n'étaient « pas du tout d'accord ». La majorité des participants étaient d'accord que le signalement faisait partie de leurs responsabilités

professionnelles (95%), qu'il est important que les professionnels de la santé s'impliquent dans le signalement (99%), que le signalement est nécessaire pour la sécurité des enfants (97%) et que le signalement peut rendre disponibles des services aux familles concernées (95%).

Deux répondants sur trois (66%) considéraient que le système actuel de signalement n'est pas efficace pour faire face à la problématique de la maltraitance. Presque la moitié (46%) des participants disaient ne pas être familiers avec ce processus de signalement.

Par ailleurs, 33% des participants était d'avis qu'à la suite d'un signalement les services de protection de la jeunesse ne répondent pas aux situations de maltraitance de façon efficace.

Près de 9 répondants sur dix (91%) étaient d'avis que le signalement de la maltraitance est un sujet délicat. De plus, près d'un participant sur deux (53%) disait ressentir un malaise directement en lien avec le fait de signaler, alors que le tiers (32%) disait se sentir dépassé émotionnellement à l'idée de signaler. En lien avec des inquiétudes spécifiques, certains avaient des craintes par rapport à une escalade de violence envers l'enfant (37%) ou encore par rapport à ce que les parents pourraient faire à l'enfant à la suite du signalement (31%). Certains participants avaient des craintes en lien avec les représailles de la famille ou de la communauté (26%), certains en lien avec le risque de conséquences négatives pour le professionnel en cas de signalement jugé non fondé (22%) et peu par rapport au risque de poursuite judiciaire (8,5%).

Quatre-vingt-onze pourcents des participants ont répondu que dans le doute ils consulteraient leurs collègues avant de signaler une situation même si 62% ont dit qu'ils signaleraient même si leurs collègues n'étaient pas d'accord avec le signalement. Quatre-vingt-douze pourcents des participants ont répondu que des protocoles de signalement sont nécessaires pour les professionnels de la santé.

Tableau 9. – Perspectives face au signalement

Questions sous forme d'affirmation	Réponse des participants				
	n (%) – n* total = 129				
	«Pas du tout d'accord»	«Pas tout à fait d'accord»	«Plutôt d'accord»	«Tout à fait d'accord»	«Préfère ne pas répondre»
Je signale une situation de maltraitance quand j'en suspecte une.	4 (3)	20 (16)	33 (26)	69 (26)	3 (2)
J'appréhende signaler par crainte de représailles de la famille ou de la communauté.	36 (28)	49 (38)	34 (26)	9 (7)	1 (1)
J'appréhende signaler à cause de ce que les parents feront à l'enfant si elle/il est signalé(e).	33 (26)	52 (40)	32 (25)	8 (6)	4 (3)
Je suis familier(ière) avec le processus de signalement.	29 (22)	30 (23)	39 (30)	31 (24)	0
Signaler un cas de maltraitance fait partie de mes responsabilités professionnelles.	3 (2)	1 (1)	8 (6)	115 (89)	2 (2)
Signaler est nécessaire pour la sécurité des enfants.	1 (1)	1(1)	11 (9)	114 (88%)	2 (2)
Je me sens dépassé(e) émotivement à l'idée de signaler.	34 (26)	51 (40)	36 (28)	5 (4)	3 (2)
Je ne signalerais pas si je savais que l'enfant pourrait-être retiré de la garde de ses parents	26 (20)	57 (44)	36 (28)	9 (7)	0
Le signalement en cas de maltraitance peut rendre disponibles des services aux enfants et à leur famille.	2 (2)	4 (3)	41 (32)	81 (63)	1 (1)
J'envisagerais de ne pas signaler par crainte de poursuite judiciaire.	79 (61)	36 (28)	7 (5)	4 (3)	3 (2)
Le signalement de la maltraitance est un sujet délicat.	2 (2)	9 (7)	58 (45)	59 (46)	1(1)
Des protocoles de signalement sont nécessaires pour les professionnels de la santé.	1 (1)	8 (6)	35 (27)	84 (65)	1(1)
Il est important que les professionnels de la santé s'impliquent dans le signalement pour protéger les enfants.	0	0	13 (10)	115 (89)	1(1)

Je suis d'avis que le système actuel de signalement est efficace pour faire face à la problématique de la maltraitance.	14 (11)	62 (48)	40 (31)	2 (2)	11 (9)
Les professionnels de la santé qui signalent des situations de possible maltraitance qui s'avèrent non fondées risquent des conséquences négatives.	44 (34)	54 (42)	27 (21)	2 (2)	2 (2)
Le signalement est une perte de temps parce que personne ne fait le suivi du signalement.	72 (56)	45 (36)	9 (7)	0	3 (2)
Je signalerais une situation de maltraitance même si mes collègues n'étaient pas d'accord avec le signalement.	0	44 (34)	58 (45)	22(17)	5 (4)
Les services de protection de la jeunesse ne répondent pas aux situations de maltraitance de façon efficace.	13 (10)	61 (47)	36 (28)	6 (5)	13 (10)
Dans le doute, je consulterais mes collègues avant de signaler une situation de maltraitance.	3 (2)	7 (5)	49 (38)	68 (53)	2 (2)
J'hésite à signaler parce qu'il est difficile d'obtenir suffisamment d'évidence.	10 (8)	40 (31)	58 (45)	13 (10)	8 (6)
Un signalement peut provoquer plus de violence d'un parent envers son enfant.	15 (12)	55 (43)	44 (34)	4 (3)	11 (9)
Signaler engendre pour moi un malaise.	20 (16)	38 (29)	55 (43)	13 (10)	3 (2)

\* Ce « n » représente les participants ayant répondu à la question.

Un peu moins de la moitié (44%) des participants considérait qu'il existe des alternatives au signalement. Ces derniers (n = 59) ont tous répondu à la question ouverte courte sur ce sujet (Question 9), fournissant 116 réponses desquelles plusieurs thèmes se dégagent. Soixante pourcents des réponses s'articulaient autour d'une volonté de fournir plus de support et de soutien souvent sous la forme de services ou de ressources aux familles (concept général). Les autres thèmes principaux étaient, en ordre décroissant de fréquence : 37% l'implication de services psychosociaux (il n'était pas possible de distinguer entre les services intra ou extra hospitaliers); 16% l'implication spécifiquement de ressources de proximité (CLSC, pédiatrie sociale, organismes, etc.); 11% une consultation auprès d'une équipe spécialisée en maltraitance; 6% des formations ou des outils éducatifs pour les parents.

Tableau 10. – Réponses ouvertes courtes entourant les potentielles alternatives au signalement

Thèmes	n (%)	Exemples
Support / soutien	70 (60)	« Aides financières, psychologiques, organisationnelles » « Offrir des ressources » « Soutien à la famille »
Services psychosociaux	43 (37)	« Consultation en travail social » (n = 30) « Signaler l'équipe psychosociale de l'hôpital »
Ressources communautaires	19 (16)	« CLSC » (n = 8) « Faire un plan d'intervention avec les ressources communautaires qui feront un suivi serré » « Communication avec pédiatrie sociale »
Équipe spécialisée (hospitalière)	13 (11)	« Consultation en sociojuridique » « Obtenir l'avis d'un médecin plus spécialisé »
Formations et outils pour les parents	7 (6)	« Éducation parentale » « Cours de compétence parentale obligatoires » « Formation aux parents prénatal, postnatal et tout au long de la petite enfance »
Autres		
Transparence	3 (3)	
Hospitalisation	4 (3)	
Consultation DPJ*	4 (3)	
Avis de collègues	3 (3)	

\* Il est possible d'appeler les services de protection de la jeunesse pour obtenir des conseils par rapport à une situation sans faire un signalement à proprement parler. Lorsque ceci est fait, la personne qui appelle peut choisir de ne pas donner d'informations permettant d'identifier l'enfant. Il arrive que cette démarche soit effectuée dans un premier temps pour évaluer la pertinence du signalement ou encore pour clarifier quelles informations seraient pertinentes ou nécessaires pour effectuer un signalement.

Plusieurs réponses incluaient des termes faisant référence à une intensité (par exemple « suivi actif / serré / rapproché ») et une continuité (par exemple « équipe nursing stable », « accompagnement ») auprès des familles concernées.

### 4.2.1 Différences selon la profession

Les réponses des participants qui étaient « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » par rapport à une série de vingt-deux affirmations entourant le signalement (Question 10 - formulations tirées ou inspirées du TRAS-CSA<sup>158,159</sup>) sont présentées dans les tableaux 11 et 12 en comparant les professions des participants. Les réponses sont présentées séparément selon si un ton neutre ou un ton plus personnel (au « je ») était utilisé dans l'affirmation parce qu'il existe beaucoup plus de différences significatives entre les médecins et les infirmières dans les réponses utilisant un langage plus personnel.

Bien que 79% des répondants étaient d'accord avec l'affirmation « Je signale une situation de maltraitance quand j'en suspecte une », il y avait une différence significative entre les groupes selon la profession (71% des infirmières et 92% des médecins,  $p=0,012$ ) alors qu'il n'y avait aucune différence pour la réponse aux affirmations neutres « Signaler un cas de maltraitance fait partie de mes responsabilités professionnelles » (ton plus neutre, mais comportant la référence à soi), « Signaler est nécessaire pour la sécurité des enfants. » et « Il est important que les professionnels de la santé s'impliquent dans le signalement pour protéger les enfants. »

Soixante-cinq pourcents d'infirmières ne se sentaient pas familières avec le processus de signalement alors que 19% des médecins se disaient ne pas être familières avec ce processus ( $p<0,001$ ). Plus de deux fois plus d'infirmières (42%) que de médecins (17%) se disaient dépassées émotionnellement à l'idée de signaler ( $p=0,003$ ).

Les infirmières étaient plus nombreuses à craindre ce que les parents pourraient faire à l'enfant (45% vs 11% des médecins,  $p<0,001$ ) ou la potentielle escalade de violence à la suite d'un signalement (50% vs 19% des médecins,  $p<0,001$ ).

Il n'y avait pas de différence entre les groupes quant à la perception de l'utilité générale du système actuel de signalement ou de la capacité de la DPJ de répondre à leur mandat, mais un peu plus d'infirmières (11%) que de médecins (2%) étaient d'avis que le signalement était une perte de temps parce qu'aucun suivi n'était effectué ( $p=0,041$ ).

Tableau 11. – Perspectives face au signalement selon la profession avec affirmations formulées utilisant un ton personnel

	Participant ayant répondu qu'ils étaient « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec l'affirmation n* total 115		
Questions sous forme d'affirmation	Infirmiers.ières n=62 (%)	Médecins n=53 (%)	p
<b>Engagement envers son rôle de signalant</b>			
Je signale une situation de maltraitance quand j'en suspecte une.	44 (71)	49 (92)	<b>0.012</b>
Je suis familier(ière) avec le processus de signalement.	22 (35)	43 (81)	<b>&lt;0.001</b>
Signaler un cas de maltraitance fait partie de mes responsabilités professionnelles.	61 (98)	50 (94)	0.301
Je signalerais une situation de maltraitance même si mes collègues n'étaient pas d'accord avec le signalement.	41 (66)	32 (60)	0.452
Dans le doute, je consulterais mes collègues avant de signaler une situation de maltraitance.	58 (94)	47 (89)	0.206
<b>Inconfort face au signalement</b>			
Signaler engendre pour moi un malaise.	32 (52)	28 (53)	0.883
Je me sens dépassé(e) émotionnellement à l'idée de signaler.	26 (42)	9 (17)	<b>0.003</b>
J'hésite à signaler parce qu'il est difficile d'obtenir suffisamment d'évidence.	41 (66)	21 (40)	<b>&lt;0.001</b>
J'appréhende signaler à cause de ce que les parents feront à l'enfant si elle/il est signalé(e).	28 (45)	6 (11)	<b>&lt;0.001</b>
J'appréhende signaler par crainte de représailles de la famille ou de la communauté.	27 (44)	12 (23)	<b>0.018</b>
Je ne signalerais pas si je savais que l'enfant pourrait-être retiré de la garde de ses parents	20 (32)	18 (34)	0.894
J'envisagerais de ne pas signaler par crainte de poursuite judiciaire.	6 (10)	2 (4)	0.198

Vision de la DPJ			
Je suis d'avis que le système actuel de signalement est efficace pour faire face à la problématique de la maltraitance.	19 (31)	20 (38)	0.570

\* Ce « n » représente les participants ayant répondu à cette question pour lesquels nous connaissons la profession.

Tableau 12. – Perspectives face au signalement selon la profession avec affirmations formulées utilisant un ton neutre

Questions sous forme d'affirmation	Participant ayant répondu qu'ils étaient « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec l'affirmation n* total 115		
	Infirmiers.ières n=62 (%)	Médecins n=53 (%)	p
Le signalement de la maltraitance est un sujet délicat.	58 (94)	47 (89)	0.533
<b>Pertinence du signalement</b>			
Signaler est nécessaire pour la sécurité des enfants.	61 (98)	51 (96)	0.900
Il est important que les professionnels de la santé s'impliquent dans le signalement pour protéger les enfants.	62 (100)	52 (98)	-
Le signalement en cas de maltraitance peut rendre disponibles des services aux enfants et à leur famille.	57 (92)	53 (100)	0.058
Un signalement peut provoquer plus de violence d'un parent envers son enfant.	31 (50)	10 (19)	<b>0.001</b>
<b>Besoin de standardisation</b>			
Des protocoles de signalement sont nécessaires pour les professionnels de la santé.	58 (94)	48 (91)	0.796
<b>Vision de la DPJ</b>			
Les services de protection de la jeunesse ne répondent pas aux situations de maltraitance de façon efficace.	19 (31)	20 (38)	0.664

Le signalement est une perte de temps parce que personne ne fait le suivi du signalement.	7 (11)	1 (2)	<b>0.041</b>
Les professionnels de la santé qui signalent des situations de possible maltraitance qui s'avèrent non fondées risquent des conséquences négatives.	13 (21)	13 (25)	0.683

\* Ce « n » représente les participants ayant répondu à cette question pour lesquels nous connaissons la profession.

#### 4.2.2 Différences selon les milieux de soins et l'ancienneté

Les réponses à ces questions ont été comparées selon les milieux de soins (pédiatrie générale, néonatalogie, urgence) des répondants ainsi que leur ancienneté (ou nombre d'années de pratique, soit 10 ans et moins de pratique ou plus de 10 ans de pratique). Peu de différences statistiquement significatives ont été retrouvées entre ces groupes.

#### 4.2.3 Divulgateion du signalement

Environ 60% des participants disaient avoir déjà divulgué un signalement à une famille. Parmi les professionnels ayant déjà fait un signalement, 85% des médecins disaient avoir déjà divulgué une intention de signalement à une famille alors que seulement 17% des infirmiers.ières rapportaient l'avoir déjà fait ( $p < 0,001$ ). Il n'y avait aucune différence selon les milieux de soins. Par contre, 79% des répondants avec 10 ans de pratique et moins qui disaient avoir déjà fait un signalement rapportaient avoir déjà divulgué un signalement alors que c'était moins de la moitié (45%) des répondants de plus de 10 ans de pratique ayant fait un signalement qui rapportaient l'avoir divulgué ( $p < 0,001$ ).

Près de 70% des participants considéraient qu'une intention de signalement devrait être divulguée aux parents « toujours » (9%) ou « autant que possible » (60%). Aucun médecin ne considérait qu'une intention de signalement ne devrait « jamais » être divulguée par les professionnels alors que 31% des infirmiers.ières étaient de cet avis ( $p < 0,001$ ). Il n'y avait pas différence entre les milieux de pratique ou le nombre d'année de pratique.

Tableau 13. – Perception des participants par rapport à la divulgation du signalement

	<b>Réponse à l'affirmation : « Les professionnels devraient divulguer leur intention de signalement »</b>			
	n* (%)			
	Jamais	Rarement	Autant que possible	Toujours
Participants (n* total 128)	19 (15)	21 (16)	77 (60)	11 (9)
Profession (n* total 115)				
Infirmiers.ières	19 (30)	16 (26)	22 (35)	5 (9)
Médecins	0	4 (7,5)	45 (85)	4 (7,5)
Résidents (n* total 9)	0	1 (11)	6 (67)	2 (22)
Milieu (n* total 115)				
Pédiatrie générale	6 (17)	10 (28)	19 (53)	1 (3)
Néonatalogie	4 (12)	6 (18)	21 (64)	2 (6)
Urgence	9 (20)	4 (9)	26 (56)	7 (15)
Ancienneté (n* total 127)				
10 ans et moins	8 (12)	14 (22)	36 (55)	7 (11)
Plus de 10 ans	11 (18)	7 (11)	40 (65)	4 (6)

\* Les « n » de chaque catégorie de réponses ne sont pas toujours les mêmes parce que les répondants n'ont pas tous répondu à toutes les questions. Par exemple, nous connaissons la réponse à cette question de 128 participants, mais seulement 115 d'entre eux avaient aussi répondu à la question par rapport à leur profession.

Cent douze participants (83%) ont répondu à la question ouverte courte (Question 13) sur la divulgation du signalement, fournissant 220 réponses à ce sujet. On note trois grands thèmes évoqués par les participants : (1) la crainte/peur pour leur propre sécurité s'ils signalaient (41%) ; (2) la sécurité de l'enfant signalé (31%), incluant pour certains (8%) répondants la crainte que les parents fugent/fuient/quittent l'hôpital avec l'enfant ; et (3) les inquiétudes par rapport à la relation entre les soignants et la famille (18%). D'autres thèmes soulevés plus rarement étaient les suivants : 5% faisaient référence à un doute/inconfort par rapport aux motifs de signalement, 5% portaient sur le besoin/droit de maintenir l'anonymat dans le processus et 3% des réponses

suggéraient que la santé mentale des parents influençait la décision de divulguer. Le tableau 14 présente ces résultats.

Tableau 14. – Réponses ouvertes courtes entourant la divulgation

Thèmes	n (%) n total 220 réponses	Exemples
Danger perçu pour le soignant	89 (41)	<i>« Représailles » (n = 28)</i> <i>« Violence envers les soignants »</i> <i>« Pour se protéger »</i> <i>« Peur de devenir une cible (violence) »</i> <i>« Qu'ils font un complot contre moi »</i> <i>« Crainte que la famille sorte dans les médias »</i>
Danger perçu pour l'enfant	69 (32) 18 (8)	<i>« Protéger l'enfant »</i> <i>« Risque de fugue »</i> <i>« Possibilité d'augmenter les gestes de violences à l'enfant »</i>
Perte du lien de confiance	39 (18)	<i>« Bris de la relation thérapeutique »</i> <i>« Méfiance envers les soignants »</i> <i>« Pour s'assurer d'une certaine coopération »</i>
Doute / Inconfort	11 (5)	<i>« Opinion non partagée par l'ensemble de l'équipe »</i> <i>« Éléments du signalement ne sont pas bien documentés »</i>
Anonymat / Confidentialité	10 (5)	<i>« Les parents n'ont pas à savoir qui fait le signalement »</i> <i>« Doit rester un processus anonyme »</i> <i>« Confidentialité si présence d'autres gens »</i> <i>« C'est la loi »</i>
Difficultés santé mentale du parent	6 (3)	<i>« Problématique importante au niveau de la santé mentale / comportement du parent »</i> <i>« Possible décompensation d'un parent (santé mentale) »</i>
Craintes pour autre membre de la famille (incluant fratrie)	3 (1)	<i>« Peur que les parents se vengent sur la fratrie »</i> <i>« Sécurité d'un membre de la famille »</i>

#### 4.2.4 Enseignement

Plusieurs participants considéraient que l'enseignement au sujet de la maltraitance et du signalement était absent (30% et 62% respectivement) ou insuffisant (58% et 28%) pendant leur formation. Seulement 16% des répondants déclaraient avoir reçu de la formation continue sur les sujets de la maltraitance et du signalement. Les différences entre les infirmiers.ières et les médecins par rapport à l'enseignement reçu étaient significatives, avec presque 50% des infirmiers.ières qui disaient n'avoir reçu aucun enseignement sur la maltraitance, et presque tous les membres de ce groupe (95%) qui considéraient que l'enseignement reçu était absent ou insuffisant. Plus de la moitié (51%) des médecins considérait n'avoir reçu aucun enseignement au sujet du signalement spécifiquement au cours de leur formation initiale et plus des deux tiers (68%) d'entre eux considéraient que la formation continue entourant la maltraitance et son signalement était absente ou insuffisante depuis le début de leur pratique.

Tableau 15. – Perception de la l'enseignement reçu par les participants

Catégorie de participants	Enseignement reçu			p
	n (%)			
	Pendant la formation initiale Maltraitance - Signalement		En tant que formation continue au sujet de la maltraitance et du signalement	
Participants (n* total = 128)				-
Absent	38 (30)	80 (62)	65 (53)	
Insuffisant	74 (58)	34 (27)	38 (31)	
Suffisant	16 (12)	14 (11)	20 (16)	
Infirmiers.ières (n* total = 62)				
Absent	29 (47)	48 (77)	48 (77)	< 0,05
Insuffisant	30 (48)	11 (18)	13 (21)	
Suffisant	3(5)	3 (5)	1 (2)	

Médecins (n* total = 53)				
Absent	6 (11)	27 (51)	13 (25)	
Insuffisant	37 (70)	17 (32)	23 (43)	
Suffisant	10 (19)	9 (17)	17 (32)	
Résidents (n* total = 9)				-
Absent	0	2 (22)	n/a	
Insuffisant	7 (78)	6 (27)		
Suffisant	2 (22)	1 (11)		

\* Ces « n » représentent les participants ayant répondu aux questions pour lesquels nous connaissons la profession.

Les réponses des participants qui considéraient n'avoir reçu aucun enseignement par rapport au signalement ont été combinées à celles des participants considérant avoir reçu un enseignement insuffisant et ont été comparées aux réponses des participants qui considéraient avoir reçu un enseignement suffisant. Les résultats sont présentés dans les tableaux 17 et 18. Quarante-seize pourcents des personnes considérant avoir reçu assez d'enseignement avaient déjà effectué un signalement elles-mêmes alors que 49% de celles dont l'enseignement étaient considérés absent ou insuffisant l'avaient fait ( $p < 0,001$ ). On note aussi que 92% des personnes ayant reçu un enseignement jugé suffisant avait déjà divulgué leur intention de signalement, alors que la moitié (53%) des participants de l'autre groupe avait divulgué ses intentions à la famille ( $p < 0,001$ ).

Tableau 16. – Comparaison entre le niveau perçu de formation et les expériences de signalement

<b>Expérience</b>	<b>A reçu enseignement considéré suffisant au sujet de comment faire un signalement</b>  <b>n (%) (n* 14)</b>	<b>N'a reçu aucun enseignement ou a reçu un enseignement considéré insuffisant au sujet de comment faire un signalement</b>  <b>n (%) (n* 110)</b>
Nombre de signalements effectués par le participant		
Aucun	2 (14)	69 (61)
5 à 10	7 (50)	32 (28)
Plus de 10	5 (36)	13 (11)
Nombre de signalements effectués en équipe		
Aucun	2 (14)	15 (13)
5 à 10	3 (21)	61 (54)
Plus de 10	9 (64)	38 (33)
A déjà divulgué l'intention de signalement à un famille	12 (92)	38 (53)

\* Ces « n » représentent les participants ayant répondu aux questions concernées.

Tableau 17. – Comparaison entre le niveau perçu de formation et certaines perspectives

	<b>Nombre de participants ayant répondu qu'ils étaient « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec l'affirmation</b>  <b>n (%) (n* total 124)</b>	
<b>Affirmation</b>	<b>A reçu enseignement considéré suffisant</b>  <b>n (%) (n* 14)</b>	<b>Aucun enseignement ou enseignement considéré insuffisant</b>  <b>n (%) (n* 110)</b>
Je signale une situation de maltraitance quand j'en suspecte une.	13 (93)	88 (80)
Je suis familier(ière) avec le processus de signalement		

	12 (86)	58 (53)
J'hésite à signaler parce qu'il est difficile d'obtenir suffisamment d'évidence	3 (21)	68 (62)
Je signalerais une situation de maltraitance même si mes collègues n'étaient pas d'accord avec le signalement.	12 (86)	67 (61)

\* Ces « n » représentent les participants ayant répondu aux questions concernées

Près de neuf répondants sur dix (86%) disaient souhaiter plus d'enseignement ou de formation sur la maltraitance et son signalement. Cette proportion de participants était similaire dans tous les groupes (selon leur profession, milieu de pratique ou nombre d'années de pratique).

Tableau 18. – Proportion de participants souhaitant plus d'enseignement ou de formation continue

<b>Catégorie de participants</b>	<b>Aimerait recevoir plus d'enseignement ou de formation continue entourant les sujets de la maltraitance pédiatrique et du signalement</b> <b>n (%)</b>
Participants (n* total 132)	114 (86)
Profession (n* total 112)	
Infirmier.ières (n 62)	59 (95)
Médecins (n 53)	45 (85)
Résidents (n 9)	8 (89)
Lieu de pratique (n* total 102)	
Pédiatrie générale (n 36)	31 (86)
Néonatalogie (n 33)	31 (94)
Urgence (n 40)	40 (87)
Durée de pratique (n* 127)	
≤10 ans (n 65)	58 (89)
>10 ans (n 62)	56 (90)

\* Ces « n » représentent les participants ayant répondu aux questions pour lesquels nous connaissons les caractéristiques socioprofessionnelles.

Les réponses de certains (33) participants au sujet de suggestions pour la formation et l'enseignement n'ont pas permis de dégager de thèmes prédominants parce qu'elles étaient peu nombreuses et très diversifiées. Certaines de ces réponses sont rapportées ici :

*« Comment explorer cette sphère auprès d'une famille en néonatalogie, signes que le lien avec une famille est assez fort afin de divulguer un signalement »* (infirmière de néonatalogie en pratique depuis plus de 10 ans)

*« Façon d'aborder le sujet avec la famille »* (infirmière de l'urgence en pratique depuis 5 à 10 ans)

*« Comprendre comment se fait le signalement, quelles sont les preuves qu'il faut avoir »* (infirmière de pédiatrie générale avec 5-10 ans de pratique)

*« Le rôle des différents intervenants professionnels dans une équipe de soins dans le signalement »* (infirmier de néonatalogie en pratique depuis plus de 10 ans)

*« (Q)qch (quelque chose) d'adapté à la néonatalogie car les bb (bébés) sont en sécurité mais abandonnées »* (médecin de néonatalogie en pratique depuis plus de 10 ans)

*« L'intégrer mieux dans nos objectifs d'apprentissage sur les étages. Nous impliquer plus dans le processus et ne pas laisser la tâche seulement au patron (un fonctionnement de suivi conjoint serait bon par exemple) »* (résident)

#### **4.2.5. Maltraitance pendant la pandémie**

Quatre-vingt-une personnes ont fourni des réponses ouvertes courtes décrivant leurs inquiétudes en lien avec la maltraitance envers les enfants pendant la pandémie (Question 5). Une importante proportion (72%) de celles-ci s'articulait autour du thème général de l'isolement des enfants et de leur famille. En ordre décroissant de fréquence les thèmes suivants ont aussi été dégagés : stress/épuisement/difficultés de santé mentale accrus chez les parents (23%), moins de contact avec le personnel scolaire ou de garde (20%), manque de ressources/services ou difficultés d'accès aux ressources/services (20%), moins de contact avec la famille élargie ou le réseau de soutien (10%), plus grande promiscuité dans les foyers (9%), moins de contact avec les professionnels de la santé (7%), augmentation de l'agressivité/violence parentale (7%) et finalement des difficultés reliées directement aux services octroyés par la DPJ pendant la pandémie (4%).

Tableau 19. – Réponses ouvertes courtes entourant la maltraitance pendant la pandémie

Thème	n (%)	Exemples
Isolement (général)	58 (72)	« Moins de filet social » « (enfants maltraités) restent dans l'ombre »
Stress/épuiement/santé mentale	19 (23)	« Épuisement collectif » « (...) augmentation de consommation de drogues des parents » « (...) stress et casse-tête au quotidien »
Manque de contact avec école / service de garde	16 (20)	« (...) fermeture prolongée des écoles et garderies » « (...) parents profitent du répit qu'offre l'école » « (...) école virtuelle qui fait qu'on ne voit peut-être pas (...) »
Manque de ressources-services / Difficultés d'accès	16 (20)	« Diminution des accès aux ressources/aide pour parents en détresse » « le manque de ressources suite au signalement »
Manque de contact avec famille élargie / réseau soutien	8 (10)	« Contacts diminués avec l'entourage » « Moins de support du réseau familial, amis (...) »
Promiscuité dans les foyers	7 (9)	« Présence accrue des enfants à domicile » « (...) toute la famille se retrouve ensemble 24h/24 »
Manque de contact avec professionnels de la santé	6 (7)	« Moins de patients sont venus à l'hôpital » « (...) télémedecine » « (...) moins de visites à domicile »
Augmentation de l'agressivité / de la violence	6 (7)	« Augmentation des violences (enfant victime de violence à l'arme blanche » « Plus de violence conjugale » « Augmentation de l'agressivité »
Difficultés DPJ	3 (4)	« On entend dire que la dpj est débordé de travail donc hésitation à signaler » « Délais rapportés par les médias dans l'évaluation des signalements »

Certaines réponses faisaient référence à des difficultés directement en lien avec les soins octroyés pendant la pandémie comme en témoignent ces trois exemples :

*« L'augmentation des cas de parents agressifs ou semblant présenter des problèmes de santé mentale. L'agressivité entre eux et envers le personnel a augmenté depuis la*

*pandémie. Les problèmes de santé mentale jusqu'ici bien gérés semblent avoir décompensé beaucoup depuis cette pandémie, nous plaçant face à une clientèle plus instable et difficile à gérer. »* (infirmière de néonatalogie, en pratique depuis plus de 10 ans)

*« Je crains aussi que nous soyons, en tant que cliniciens, tellement concentrés sur les enjeux de la pandémie qu'on oublie d'être attentifs aux enjeux de maltraitance et/ou de négligence. »* (médecin de pédiatrie générale en pratique depuis moins de 5 ans)

*« Épuisement collectif, absence d'exutoire »* (infirmière de pédiatrie générale en pratique depuis moins de 5 ans)

D'autres soulevaient des inquiétudes particulières pour des populations pédiatriques spécifiques, comme en témoignent ces citations :

*« Il s'agit d'une conséquence significative aux mesures de la santé publique qui consiste à restreindre le nombre de visiteurs- (...) Donc, bébé né prématurément, stress et sentiment de culpabilité + choc, parents davantage isolés et épuisés, soutien professionnel quasi inaccessible + impression constante que leur détresse passe inaperçue vs état d'urgence pandémique : énormément de facteurs de risques augmentés en nombre et en intensité »* (Femme de profession non divulguée travaillant en néonatalogie et en pratique depuis plus de 10 ans)

*« Préoccupation surtout pour les patients non-verbaux, avec handicap intellectuel et problématiques de comportement, car les parents profitent du répit qu'offre l'école. Lors du confinement, nous étions inquiets pour ces enfants enfermés à la maison et ces familles sans soutien. »* (médecin de pédiatrie générale en pratique depuis moins de 5 ans)

## Chapitre 5 – Discussion

*« Child abuse exists. This is a paramount problem. (...)*

*Child abusers tear families apart – not hospital child protection teams, child abuse pediatricians and government child services. It's the abusers. This is a problem.*

*When child abuse occurs within a family unit, there is no easy solution. »*

- Peter J. Strouse<sup>13</sup>

Cette étude nous a permis d'explorer comment la maltraitance et son signalement étaient perçus par des soignants du CHU Sainte-Justine, ce qui n'avait jamais été fait explicitement au préalable.

Cent-trente-cinq cliniciens ont répondu au questionnaire, ce qui constitue un nombre de participants intéressant pour ce type d'étude<sup>32</sup>.

### 5.1. Expériences, opinions et perspectives des participants

Tel qu'attendu dans un milieu de soins pédiatriques, la très grande majorité des participants avaient déjà rencontré une situation de possible maltraitance dans le cadre de leur travail. Ceci reflète la prévalence de cette problématique dans la population pédiatrique, ainsi que la vocation particulière du CHU Sainte-Justine.

Tous les répondants étaient des signalants mandatés dont le rôle de professionnels de la santé les rend responsables, aux yeux de la LPJ, d'effectuer un signalement dès qu'il y a un doute raisonnable que la santé ou le bien-être d'un enfant est compromis ou à risque de l'être.

Malgré ces constats, moins de la moitié des répondants avaient effectué un signalement par eux-mêmes. Il est possible que ces données supportent le constat qui est parfois fait dans la littérature<sup>32</sup> selon lequel *concrètement* les signalants mandatés à travers le monde n'adhèrent pas aux lois de signalement obligatoire, c'est-à-dire qu'ils ne signalent pas toutes les situations de maltraitance rencontrées. Cette hypothèse pourrait contribuer à l'explication pour l'écart qui

existe entre les données épidémiologiques officielles et les taux auto-rapportés de maltraitance, dont une certaine proportion repose certainement sur un sous-sigalement des situations de maltraitance suspectée. Il est aussi possible que la petite proportion des participants ayant effectué un signalement reflète une réalité locale voulant que les signalements soient effectués surtout en équipe ou encore par certains membres de l'équipe. On doit aussi envisager la possibilité que la situation ait déjà été signalée au moment où le répondant entre en contact avec son patient, justifiant qu'il se considère exposé bien que pas personnellement interpellé à effectuer un signalement.

Tandis que peu de participants rapportaient avoir effectué un signalement eux-mêmes, il est rassurant de constater que la majorité d'entre eux se disaient *subjectivement* engagés envers leurs responsabilités de signalement, tel qu'en témoignent leurs réponses favorables à une série d'affirmations explorant cet engagement. Ces trouvailles correspondent aussi à celles d'autres études effectuées auprès de professionnels de la santé<sup>124,136,158,162</sup>. Certains facteurs qui facilitent le signalement (comme les protocoles ou le partage de la responsabilité de signaler) transparaissent dans les réponses des participants, alors que l'impact de la formation et de l'enseignement a été étudié de manière très explicite et concluante, tel qu'il sera présenté plus loin. L'écart entre l'engagement « théorique » et les actions des répondants illustre avec éloquence que l'étape du passage à l'acte entre la reconnaissance et le signalement exige de surmonter des obstacles. Bien que des obstacles de nature systémique sont indéniablement présents dans tous les environnements de soins<sup>32</sup>, nous sommes d'avis que des enjeux beaucoup plus complexes sont souvent en jeu, tel que rapportés dans certains écrits<sup>1</sup>.

Par opposition au faible taux de signalement effectué par le participant, la très grande proportion de cliniciens ayant déjà été *impliqués* dans un signalement laisse deviner que les répondants perçoivent que les signalements ont été faits par « l'équipe ». Ainsi, plusieurs situations ont possiblement été signalées de manière appropriée aux services de DPJ sans que ce soit le répondant qui fasse l'appel lui-même. On suppose qu'une certaine proportion des signalements est déléguée à des professionnels qui n'ont pas été inclus dans l'étude (services sociaux de l'hôpital), tel qu'il transparaît dans les réponses ouvertes courtes sur les alternatives au signalement. On peut se questionner si pour les participants de notre étude la responsabilité

partagée du signalement constituait un facteur facilitant, tel qu'il a été démontré auparavant<sup>32</sup>. Ainsi, il est possible que d'impliquer un autre membre de l'équipe de soins ait permis à nos répondants de sentir qu'ils remplissaient leur devoir de protection vis-à-vis des enfants sans qu'ils aient à surmonter leurs propres réticences face au signalement. Si le poids de la décision est partagé et qu'il est réellement porté par l'équipe dans son ensemble, ceci pourrait être une avenue intéressante. Toutefois, dans notre expérience, la délégation du signalement implique souvent un désengagement face au processus en faveur d'un transfert vers autrui des tensions ressenties. De cette manière, ce sont toujours les mêmes personnes au sein de l'institution qui se retrouvent à devoir affronter ces situations, les plaçant particulièrement à risque de subir les conséquences négatives potentielles (lourdeur émotionnelle, interactions difficiles avec les familles, etc.) Face à cette perception du signalement « en équipe », il importe aussi de soulever le risque important qu'une situation ne soit ultimement pas signalée parce que la responsabilité est déléguée à un clinicien qui ne reconnaît pas la maltraitance ou encore qui choisit de ne pas la signaler. Finalement, quand le processus de signalement est délégué aux services sociaux ou encore à une équipe spécifique (comme c'est souvent le cas au CHU Sainte-Justine), ceci peut potentiellement mener à une confusion des rôles au sein de l'institution. On peut penser que les personnes consultées considèrent alors qu'elles doivent déterminer la « validité » des inquiétudes, alors qu'au Québec ce rôle relève davantage des services de protection de la jeunesse. En effet, les objectifs d'une évaluation médicale pour possible maltraitance peuvent parfois s'avérer difficiles à comprendre pour les familles concernées. C'est d'ailleurs une des conclusions de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse suite à leur enquête portant sur l'équipe de pédiatrie sociojuridique du CHU Sainte-Justine<sup>15</sup>, tel que discuté préalablement. Il est donc important de souligner qu'il est possible que le contexte local de cette étude ait eu un impact important sur nos résultats et que les professionnels de la santé aient des perspectives différentes ailleurs dans le réseau de la santé.

Notre étude, comme d'autres avant celle-ci<sup>32,124,136</sup>, a permis de confirmer que les professionnels de la santé ont d'importantes réserves par rapport au système de signalement et par rapport à la capacité des services de protection de la jeunesse de bien remplir leur mandat. Par ailleurs, près du tiers des participants craignaient que l'enfant signalé vive des conséquences négatives

(violence ou autres) dans son milieu à la suite d'un signalement. À la lumière de ces préoccupations, nous pouvons conclure que les dilemmes moraux décrits dans la littérature face au signalement<sup>133,143</sup> sont probablement aussi ressentis par plusieurs professionnels du CHU Sainte-Justine pour lesquels il ne semble pas clair que le signalement ou l'implication de la DPJ est réellement bénéfique à l'enfant. Ceci a probablement contribué à ce que seulement un répondant sur deux soit très confiant et se dise « tout à fait d'accord » qu'il signalait une situation de maltraitance quand elle est suspectée. Bien que ces préoccupations pour la sécurité de l'enfant et que les remises en question par rapport à l'efficacité des systèmes de protection soient réelles et légitimes, plusieurs auteurs<sup>1</sup> sont d'avis que la seule manière d'intervenir auprès d'enfants maltraités (on ne parle pas ici de prévention primaire qui est essentielle!) est d'investiguer toutes les situations à risque – le point de départ de ces investigations ne peut être qu'à la suite d'une « levée de drapeau » qui pour l'instant au Québec ne peut être qu'à travers le signalement.

Une minorité de répondants rapportaient des inquiétudes par rapport à eux-mêmes ou à la relation de confiance avec la famille en lien avec le signalement lui-même, mais beaucoup de préoccupations de cette nature émanaient du concept de divulgation tel que sera discuté plus loin. Il est important que les systèmes en place permettent aux signalants potentiels d'agir malgré leurs craintes perçues pour leur propre bien-être ou pour la relation avec la famille. Il est certain que les signalements non divulgués ou encore anonymes font partie des solutions à cet égard, et cette option doit demeurer malgré ses limitations importantes qui seront discutées plus loin dans ce mémoire.

Les formations offertes avaient pour objectifs de rappeler des prémisses de base en maltraitance de l'enfant (épidémiologie de la maltraitance, obligations de signalement, etc.), alors que le questionnaire était de nature réflexive, visant à explorer les expériences et perspectives personnelles des participants. Les présentations étaient conçues pour améliorer les connaissances sur la maltraitance sans influencer les réponses personnelles des répondants. De plus, tous les groupes avaient accès à des formations similaires. Ces présentations ne devraient pas avoir influencé les réponses des participants. Néanmoins, le biais de désirabilité sociale demeure présent dans ce questionnaire, tel que mentionné précédemment.

En somme, notre projet nous a donc permis de vérifier certains constats qui avaient préalablement été faits dans la littérature. En effet, nos répondants avaient un important engagement subjectif envers leur responsabilité de signalement, bien que peu de participants avaient fait eux-mêmes un signalement.

### **Différences entre les groupes selon la profession**

Bien qu'il n'y ait pas eu de différence par rapport à l'exposition à la maltraitance selon la profession des participants, il existait une grande différence entre les expériences des groupes quant à son signalement, tel que décrit préalablement dans la littérature<sup>32,163,164</sup>.

Nos trouvailles suggèrent que l'équipe infirmière est moins impliquée dans la décision et le processus de signaler. En effet, très peu d'infirmiers.ières avaient déjà fait un signalement et ce groupe de professionnels semblait moins engagé envers ses responsabilités de signalant mandaté par rapport au groupe de médecins. Ces différences ne semblaient pas attribuables à une perception *plus* négative de la DPJ au sein du groupe d'infirmiers.ières, mais étaient possiblement reliées à des craintes plus élevées des conséquences négatives pour l'enfant dans son foyer ainsi qu'à la formation reçue. Elles étaient possiblement aussi en lien avec une impression que les signalements relèvent d'un travail d'équipe ou encore du rôle d'un autre soignant puisque les infirmiers.ières considéraient généralement avoir déjà participé à au moins un signalement à titre de « membre d'une équipe ». Ces trouvailles confirmaient les observations de l'autrice principale qui avait noté, pendant sa formation et sa pratique, le peu d'implication directe des équipes infirmières dans les signalements, qui semblaient presque exclusivement « réservés » aux médecins ou aux membres du service social au CHU Sainte-Justine.

On peut se questionner au sujet de cette implication des infirmiers.ières puisqu'en contexte de soins hospitaliers pédiatriques, leur présence est parfois prolongée au chevet des patients et leurs interactions sont fréquentes avec la famille (d'autant plus en contexte de soins intensifs néonataux ou pédiatriques où un.e infirmier.ière est attribué.e à un seul enfant). Ainsi, dans les situations comportant des inquiétudes de négligence, c'est souvent à travers les notes de l'équipe infirmière que les préoccupations sont transmises aux services de protection de la jeunesse. Ces

situations sont plus fréquentes dans certains contextes de soins du CHU Sainte-Justine, notamment en néonatalogie. Si on considère que le signalement est rarement fait par l'infirmier.ière, il est particulier d'envisager que les inquiétudes sont transmises par une personne différente de celle qui les a formulées ou constatées. Toutefois, il importe de souligner que les infirmiers.ières travaillent sur des horaires de quarts de travail et qu'il est évident que les quarts de soir ou de nuit soient moins propices au travail d'équipe interdisciplinaire. Il est donc possible que les infirmiers.ières de ces quarts considèrent que le rôle de signalement devrait relever d'un membre de l'équipe présent pendant le jour, moment principal des interactions avec les intervenants DPJ. Il est aussi possible que les infirmiers.ières perçoivent que d'autres professionnels, médecins ou intervenants psychosociaux, ont souvent une plus grande « vue d'ensemble » de la situation, justifiant potentiellement de leur déléguer l'acte de signaler. Ce flou relatif par rapport aux différents membres d'une équipe peut être dangereux parce qu'il peut mener certains à prendre pour acquis que le signalement a été fait par autrui.

Une étude récente concluait que les infirmiers.ières d'un large centre hospitalier pédiatrique aux États-Unis ne ressentait pas de détresse morale mesurable, quand ils.elles soignaient des enfants possiblement victimes de maltraitance<sup>132</sup>. Bien que cette étude questionnait les participants par rapport à leur exposition à des cas de maltraitance, elle n'a pas exploré le rôle que les infirmiers.ières avaient à jouer dans le processus de prise en charge. Il est possible que l'exclusion *de facto* de ce groupe de professionnels du processus de signalement constitue une forme de protection morale à leur égard. Cependant, il est aussi possible que cette approche soit le reflet d'un manque d'interdisciplinarité avec une exclusion des infirmiers.ières des processus décisionnels. Cette exclusion risque de confondre les infirmiers.ières quant à leurs obligations et pourrait être une source de désengagement face à ces situations. Il demeure difficile de savoir ce qui survient en premier : une exclusion par les autres membres de l'équipe ou un désengagement et/ou une volonté de déléguer l'acte de signaler de la part des infirmiers.ières. Ceci devra être étudié davantage.

### **Différences entre les groupes selon le milieu de soins**

Il n'y avait que très peu de différences entre les groupes selon le milieu de pratique des participants. Nous n'avons donc pas pu mettre en évidence que les professionnels impliqués dans des soins de nature plus ponctuelle (urgence) ont des perceptions différentes de ceux impliqués dans des soins plus souvent longitudinaux (pédiatrie générale ou néonatalogie). Il est possible que ces différences existent, mais que notre étude n'ait pas eu la puissance pour les démontrer. Toutefois les similitudes retrouvées dans différentes études s'intéressant à des contextes de soins différents, notamment par exemple en première ligne<sup>135,165</sup> ou en centre hospitalier universitaire<sup>126</sup>, portent à croire que les dilemmes et les difficultés ressentis sont en fait très semblables quel que soit le milieu de pratique du répondant.

### **Différence entre les groupes selon le nombre d'années de pratique**

Il n'y avait pas de différence significative par rapport à l'exposition à des situations de maltraitance selon le nombre d'années de pratique des participants, suggérant que la majorité de professionnels de la santé rencontrent ces situations tout au long de leur parcours. Ceci est attendu compte tenu de la prévalence de la maltraitance dans les populations pédiatriques.

Nous aurions pu nous attendre à ce que les répondants ayant été en pratique depuis plus longtemps aient effectué plus de signalement, mais ceci n'était pas le cas, tant pour les signalements effectués par le participant que les signalements effectués en équipe. Il est donc probable que les perspectives des cliniciens par rapport au signalement demeurent stables dans le temps au cours de leur carrière, en ce sens qu'une personne qui ne signalera pas une situation en début de carrière ne le fera peut-être pas plus tard non plus. Il serait excessivement intéressant de procéder à une étude prospective auprès de signalants pour tester cette hypothèse.

De manière non surprenante, on note qu'une proportion plus importante de participants avec plus de 10 ans de pratique avaient déjà témoigné au tribunal par rapport aux autres. Ceci était prévisible puisque plus le nombre de cas de maltraitance rencontrés par un clinicien s'élève (avec le passage des années et une exposition possiblement constante d'une année à l'autre), plus la

probabilité d'avoir à témoigner pour un cas s'élève. Il est possible que cette différence reflète aussi la longueur de certains processus judiciaires. Il est effectivement fréquent que plusieurs années s'écoulent entre l'implication d'un professionnel auprès d'un enfant maltraité et le moment où cette situation est présentée aux tribunaux (ceci est particulièrement vrai pour les situations avec accusations criminelles).

Les participants en pratique depuis moins longtemps semblaient divulguer plus souvent leurs intentions aux familles, tel que sera discuté dans la prochaine section.

## 5.2. Divulgence du signalement

Une majorité des répondants avait divulgué un signalement aux familles concernées, et ce malgré la possibilité d'anonymat ou de non-identification prévue à la LPJ. Conformément à cette trouvaille, la plupart des participants considérait que les professionnels devraient divulguer leur intention de signaler *autant que possible*. Par opposition, seulement quelques répondants étaient de l'avis que le signalement ne devrait *jamais* être divulgué.

La divulgation avait été effectuée presque exclusivement par les médecins de l'étude, parmi lesquels aucun ne considérait qu'un signalement ne devrait *jamais* être divulgué alors que le tiers des infirmières étaient de cet avis. Cette trouvaille est possiblement le reflet du plus grand engagement des médecins envers leur rôle de signalant mandaté. Ainsi s'ils effectuent plus fréquemment un signalement eux-mêmes, les médecins se sentent peut-être davantage directement imputables de la décision et sont donc plus souvent portés à en discuter avec les familles.

La divulgation du signalement était presque deux fois plus fréquente dans le groupe de professionnels avec 10 ans et moins de pratique que dans celui des professionnels avec plus de 10 ans de pratique. Ceci n'avait pas été étudié préalablement à notre connaissance, et ne semblait pas être en lien avec un plus grand niveau de confort face au signalement chez les professionnels en pratique depuis moins longtemps. Il est possible que ce constat soit un indicateur de nouvelles

modalités de formation auxquelles les professionnels en pratique depuis plus de 10 ans n'auraient pas été exposés. Il est aussi possible que ce soit un reflet d'une plus grande tendance des professionnels nouvellement en pratique d'adopter une approche partenariale, même en situation pouvant être considérée « à haut potentiel conflictuel » comme le signalement.

Les réponses ouvertes courtes entourant le sujet de la divulgation du signalement s'articulaient autour des trois axes en tension préalablement décrits dans la littérature entourant le signalement lui-même, soit la protection de l'enfant, la préservation de la relation de confiance et la sécurité de la personne effectuant le signalement. Ceci nous permet d'envisager que les professionnels vivent les mêmes dilemmes moraux quand ils envisagent faire un signalement et quand ils envisagent en parler avec la famille. Il doit être souligné qu'il est possible que les résultats d'études antérieures reflètent davantage les perspectives des soignants face au signalement obligatoire avec divulgation puisque plusieurs juridictions n'incluent pas l'option de conserver la confidentialité du signalant ou encore d'effectuer un signalement anonyme. Ces différences de perspectives seraient intéressantes à explorer.

Aucune étude n'a étudié spécifiquement la divulgation à notre connaissance. Dans les études adressant les obstacles au signalement, plusieurs concluaient que la préoccupation principale entourait la volonté d'agir dans le meilleur intérêt de l'enfant<sup>32,133</sup>. Dans notre étude, le thème rapporté le plus souvent par les participants entourant la divulgation était les craintes pour soi-même. Les mots utilisés évoquaient le sentiment de peur, avec certaines affirmations témoignant de l'intensité de celle-ci (« complot contre moi », « violence envers les soignants », « peur de devenir une cible (de violence) », etc.) Cette différence par rapport aux études portant sur le signalement en général renvoie au sentiment d'être exposé lorsque la divulgation est considérée séparément. Il importe de souligner que bien que des inquiétudes pour soi-même ou pour l'équipe de soignants soient compréhensibles, il demeure excessivement rare que des actes de violence envers l'équipe soignante soient commis à la suite d'un signalement<sup>1,78</sup>. Toutefois, les résultats d'études comme celle de Flaherty et al (2012)<sup>140</sup> citée préalablement et décrivant les conséquences négatives potentielles pour les cliniciens impliqués en maltraitance ainsi que la couverture médiatique souvent négative de ce travail, teintent grandement l'imaginaire des cliniciens. Ceux-ci sont craintifs et on peut se questionner s'ils sont toujours capables de placer

l'intérêt de l'enfant à protéger avant le leur. La complexité de ce champ de pratique, à laquelle nous faisons allusion dans l'introduction de ce mémoire, ne fait qu'accentuer leurs remises en question. Il devient alors plus simple de détourner le regard que de se risquer à faire « la bonne chose », surtout quand les risques (pour l'enfant, pour le lien de confiance et pour le soignant) perçus sont grands et que les incertitudes diagnostiques fréquentes. Il est probable que les événements entourant la mort d'Alain Sirard contribuent au malaise des cliniciens du CHU Sainte-Justine et qu'une culture locale existe avec une emphase particulière sur la peur pour soi-même. Il est possible qu'une plus grande prise de conscience des considérations qui tiraillent le clinicien face au signalement puisse permettre de mieux les surmonter. Une réelle approche en équipe est une autre avenue rassurante, tel que discuté préalablement.

Une seule réponse portait sur de possibles représailles légales, suggérant que les répondants connaissent leur droit à l'indemnité si le signalement est effectué de bonne foi (LPJ, Article 43).

Les réponses qui évoquaient des craintes pour le bien-être de l'enfant signalé soulevaient souvent des inquiétudes que la divulgation du signalement réduise l'accès à l'enfant pour les professionnels. Ainsi il est possible que la divulgation du signalement en milieu de soins mène à la fin prématurée de l'épisode de soins ou encore que la méfiance des parents limite leur collaboration et isole davantage l'enfant à protéger. Des inquiétudes de fuite, d'enlèvement et de disparition étaient aussi présentes. Ce type de préoccupations a été nommé antérieurement dans la littérature<sup>138</sup> et doit être pris en considération dans le processus entourant le signalement et/ou sa divulgation. Il importe de souligner que ces préoccupations semblent moins pertinentes dans certains contextes de soins, comme celui de la néonatalogie où l'enfant est surveillé étroitement et souvent dépendant à des technologies qui « l'attachent » en quelque sorte à l'hôpital. Il n'est pas clair qu'une divulgation d'un signalement, plutôt que le signalement lui-même ait réellement un impact sur ces éventualités. Ainsi, quand un signalement est fait en milieu hospitalier, incluant lorsqu'il est fait de manière anonyme, il est fréquent que les intervenants de DPJ se présentent sur place pour leur évaluation. L'arrivée non annoncée (non divulguée) de ces intervenants comporte le même risque, ou même un risque accru, de méfiance parentale à l'égard du milieu hospitalier.

Plusieurs réponses évoquaient cette méfiance parentale à l'égard des soignants qui peut résulter de la divulgation ou encore porter une atteinte à la relation de confiance entre le signalant et la famille signalée. Celles-ci avaient été identifiées préalablement<sup>126</sup>. À cet égard, il importe de rappeler que bien que la méfiance parentale à l'égard des professionnels de la santé puisse possiblement être délétère pour l'enfant et sa famille, les personnes faisant l'objet d'un signalement qui ne connaissent pas l'identité de la personne signalante sont libres d'imaginer ou de spéculer quant à la source du signalement. Plusieurs sont d'avis qu'il est encore plus délétère pour l'enfant que les doutes soient dirigés vers le réseau de soutien ou encore le personnel éducatif qui constitue le véritable filet de sécurité de ces familles. Quant à la relation de confiance, il serait très intéressant d'étudier quelle approche (avec ou sans divulgation) a le plus de chance de la préserver. Plusieurs auteurs cités préalablement<sup>129,139,155,157</sup> sont d'avis qu'une approche partenariale est plus humaine et reflète davantage une pratique éthique. Bien que la discussion entourant une suspicion de maltraitance puisse être une source de stress pour les soignants, il est probable qu'elle provoque aussi une opportunité de détailler les perspectives de chacun ainsi que d'initier un réel dialogue par rapport aux besoins et aux droits de l'enfant. Une approche en équipe, avec un partage des responsabilités décisionnelles et avec un accueil des réactions de la famille peut potentiellement permettre d'amoindrir les craintes des soignants.

Bien que toutes les préoccupations soulevées en lien avec la divulgation soient (évidemment) recevables, la propension des médecins du CHU Sainte-Justine de divulguer leurs intentions à la famille qu'ils soignent témoigne de leur désir d'adopter une approche transparente qui peut s'inscrire dans une démarche partenariale. Ce sujet, très peu étudié dans la littérature et très peu enseigné, mériterait une plus grande attention.

### **5.3. Enseignement et formation**

Les données de la littérature<sup>70,73</sup> indiquent que la perception d'avoir reçu une formation adéquate en pédiatrie de la maltraitance augmente significativement le niveau de confort face à ces

situations. Dans notre étude, la perception d'avoir reçu une formation adéquate semblait aussi être associée avec une perception d'avoir déjà effectué soi-même un signalement ainsi qu'à une posture qui paraissait plus favorable à la divulgation.

Il est possible que ces données soient influencées par la profession du signalant puisque les médecins rapportaient avoir fait plus de signalements eux-mêmes et de divulgations aux familles alors qu'ils rapportaient aussi une meilleure perception de leur formation sur la maltraitance.

Il est d'autant plus important de s'attarder à cette association entre formation et signalement puisque les participants de notre étude ont rapporté en grand nombre une insatisfaction de l'enseignement et de la formation reçus entourant la maltraitance pédiatrique et son signalement. Le groupe d'infirmiers.ières sentait presque universellement que l'enseignement ou la formation reçus pendant leurs cours était insuffisant ou même absent.

Les participants souhaitaient recevoir plus d'enseignement et de formation, incluant des formations adaptées aux spécificités de leur milieu et entourant l'approche à la famille et la communication, faisant écho à des trouvailles semblables de publications récentes<sup>32,78,86,155,166</sup>. À cet égard, Yehuda et ses collègues (2010)<sup>166</sup> expriment qu'un enseignement « *One size fits all* » ne peut convenir. La formation en pédiatrie de la maltraitance doit d'abord être adaptée aux professions concernées (médecins, infirmiers.ières, psychologues, etc.) puisque le rôle des cliniciens impliqués sera différent. Tous les cliniciens devraient recevoir une formation obligatoire et précoce au sujet des signes de possible maltraitance, mais aussi au sujet du processus de signalement, incluant les incertitudes et les malaises qu'il suscite et qui devront être surmontés pour remplir leurs responsabilités pour la sécurité des enfants. Il serait ensuite essentiel d'adapter les approches pour permettre à chaque professionnel de reconnaître son rôle et ses contributions potentielles. À titre d'exemple et au vu des résultats de notre projet, l'enseignement aux infirmiers.ières devrait inclure un rappel des obligations individuelles pour s'assurer qu'ils.elles comprennent la possibilité et le devoir de signaler une situation soi-même en cas de motifs raisonnables de croire que la sécurité ou le bien-être d'un enfant est compromis. Il est important, à mon avis, de leur rappeler que cette obligation ne relève pas de certains types de soignants, mais bien de tous les soignants. Il serait aussi pertinent d'adapter les enseignements aux milieux

de pratique puisque les formes de maltraitance et les contacts avec les familles en sont grandement influencés. La réalité de l'urgence, où les cliniciens sont majoritairement appelés à évaluer des situations de possibles abus sexuels ou physiques et où les interactions sont brèves diffère grandement de celle, par exemple, de la néonatalogie, où les bébés passent souvent plusieurs semaines et où les inquiétudes relèvent beaucoup plus souvent de l'ordre du risque de négligence ou de difficultés au niveau des compétences parentales. Les rôles des différents professionnels sont très différents d'un milieu à l'autre et la possibilité d'impliquer l'ensemble de l'équipe est influencée par le type de soins prodigués.

Il importe aussi de souligner que les besoins exprimés par les professionnels souvent impliqués dans l'évaluation de possible maltraitance ne sont pas les mêmes que les besoins exprimés par les professionnels qui ne sont en contact que rarement avec ces situations<sup>166</sup>.

L'intégration d'éléments affectifs dans l'enseignement n'a pas été explorée de manière explicite dans cette étude. Toutefois, d'autres études se sont attardées à ce concept en contexte de soins<sup>167</sup> et plusieurs auteurs ont souligné leur présence inévitable dans les situations de maltraitance pédiatrique<sup>32,65</sup>. Un autre concept important est l'intégration d'enseignements permettant une attitude plus positives des soignants à l'égard du signalement, ce qui augmenterait l'adhérence au mandat de signalant<sup>168</sup>. La narrativité, telle que mise de l'avant par Forsner et al.<sup>133</sup> pourrait permettre aux apprenants de mieux comprendre le processus et les étapes du signalement. Finalement, un intérêt grandissant pour des approches partenariales<sup>130</sup>, même en situation de signalement<sup>155</sup>, permet d'imaginer des changements radicaux dans la manière dont on enseigne le signalement. En effet, des outils de communication éprouvés, comme la méthode SPIKES décrite préalablement<sup>169</sup>, pourraient être des aides pédagogiques importantes.

## **5.4. Maltraitance et pandémie**

Les inquiétudes soulevées par nos participants sont partagées à travers le monde<sup>92,95,170</sup> et doivent absolument être prises en compte dans les mesures de santé publique dans le futur.

## 5.5. Limites de l'étude

Le taux de participation global (33%) était relativement faible. Il n'est pas rare<sup>132</sup> de retrouver un faible taux de participation dans les études portant sur des sujets délicats. Il a par ailleurs été documenté que le taux de participation des équipes infirmières est souvent plus bas que celui d'autres professionnels de la santé<sup>171</sup>. Il est probable toutefois que plusieurs autres éléments que la nature du sujet ou la profession concernée aient contribué à cette faible participation. D'entrée de jeu, il faut souligner que la collecte de données a été effectuée à un moment particulier de l'histoire, soit entre deux « vagues » de la pandémie à COVID-19. Le système de santé québécois connaissait alors un contexte de travail sans précédent rendant la participation à la recherche difficile et très règlementée au sein des équipes. Il faut aussi noter que le CHU Sainte-Justine connaissait, comme beaucoup d'autres hôpitaux à ce moment, une importante crise de ressources humaines, notamment en ce qui a trait au personnel infirmier. Par ailleurs, au moment de la collecte de données, il y avait une situation de « bris de service » en pédiatrie de la maltraitance, soit un manque important de personnel médical détenant une formation complémentaire pour évaluer les enfants possiblement maltraités. Il a été décidé d'aller de l'avant avec la présente étude nonobstant ces éléments contextuels pour plusieurs raisons. D'abord, il paraissait indispensable que les professionnels du CHU Sainte-Justine gardent en tête la possibilité de maltraitance dans les situations auxquelles ils étaient exposés malgré l'attention toujours grandissante qui était accordée à d'autres éléments de la pratique, notamment aux considérations en lien avec la COVID-19. Ceci était particulièrement important lorsqu'on considérait la baisse des signalements aux services de protection de la jeunesse du début de la pandémie<sup>93</sup>. En contexte de difficultés de personnel, il paraissait aussi intéressant de créer une opportunité de réflexion sur la pratique pour ces intervenants œuvrant dans des contextes de soins sous pression.

Nous espérons que notre bref questionnaire et surtout les formations et les présentations qui l'auront accompagné ainsi que le partage des résultats du projet auront su ou sauront susciter un certain intérêt et une réflexion sur la pratique.

Par ailleurs, il est important de souligner que nous avons inclus infirmiers.ières et infirmiers.ières auxiliaires sans faire de distinction entre ces deux professions dans le questionnaire. Nous n'avons pas non plus exploré les différentes formations (technique, baccalauréat, maîtrise, etc.) de ce groupe de répondants. Il est évident que ces distinctions ont un impact sur la formation du professionnel, sur les enseignements reçus au sujet de la maltraitance ainsi que sur le rôle perçu au sein d'une équipe. Il sera important de les inclure dans les recherches futures.

### **Biais et reproductibilité des résultats**

Il est possible que les participants soient les membres des équipes qui avaient un intérêt plus important pour le sujet. Il est toutefois aussi possible que les personnes ayant choisi de participer à l'étude l'ont fait parce qu'ils considéraient qu'ils avaient plus de lacunes dans leurs connaissances qu'ils espéraient combler en répondant au questionnaire. Il est donc difficile de statuer par rapport à l'impact d'un potentiel biais de sélection sur les résultats obtenus. La nature anonyme du questionnaire ne permettait pas d'analyser les caractéristiques des non-répondants ou encore le taux d'abandon. La nature rétrospective de l'étude introduisait un certain biais de mémoire puisque les participants parlaient de leurs expériences passées. Un biais de désirabilité sociale doit toujours être envisagé quand il est question de maltraitance et pourrait avoir influencé les réponses des participants, et ce malgré la nature anonyme du questionnaire. Finalement, notre étude incluait les réponses de personnes s'identifiant majoritairement au genre féminin et à la race blanche, ne permettant donc pas d'inclure la diversité d'identités présente dans la société.

Il est possible que le contexte local particulier du CHU Sainte-Justine ait eu un impact sur les réponses à nos questions. En effet, on doit d'abord reconnaître que le centre étudié se distingue des autres centres hospitaliers québécois par structure, sa mission et le nombre de patients pédiatriques qui y sont évalués. Par ailleurs, la pratique entourant le signalement de situations de possible maltraitance est relativement propre à chaque institution de soins. Entre autres, au CHU Sainte-Justine, il y a possiblement davantage de délégation de l'acte de signaler, entre autres aux services sociaux, mais aussi au personnel de la clinique de pédiatrie sociojuridique, ce qui

expliquerait la proportion de répondants n'ayant jamais fait de signalement eux-mêmes, et qui pourrait différer d'autres milieux. Il serait intéressant d'étudier cette question ainsi que les pratiques dans d'autres centres hospitaliers québécois et canadiens. Aux vues de tous ces constats, il est difficile de généraliser les données obtenues dans cette étude à l'ensemble des milieux de soins pédiatriques.

### **Limites de la méthodologie**

Cette étude, étant de nature exploratoire, tentait principalement d'évaluer si la réalité locale ressemble à celle décrite précédemment dans la littérature par rapport aux expériences de signalement. Des outils qui avaient été utilisés en lien avec ce thème ont été utilisés.<sup>126,159</sup> D'autres questionnaires validés, tels que ceux utilisés dans l'étude de Forsner et ses collègues<sup>133</sup> portant sur le stress moral, auraient possiblement pu mettre en lumière de manière plus évidente les enjeux moraux en cause qui étaient le sujet d'intérêt initial de ce mémoire.

Par rapport à l'exploration spécifiquement du sous-sigalement par les professionnels de la santé, il aurait pu être intéressant d'inclure de manière plus explicite une question portant sur le choix délibéré de ne pas signaler aux services de protection de la jeunesse une situation ayant été identifiée comme possiblement de la maltraitance. Au moment de la rédaction de la section du questionnaire portant sur les perspectives des soignants, nous avons choisi de nous calquer le plus possible sur le questionnaire préalablement validé TRAS-CSA<sup>159</sup> pour tenter d'augmenter la reproductibilité des résultats. En revanche, il est vrai que ce questionnaire permet d'explorer des perspectives et que nous avons exploré les expériences de signalement, sans toutefois adopter une approche permettant de tirer des conclusions explicites par rapport au sous-sigalement.

Par ailleurs pour permettre une étude approfondie de la délibération éthique à laquelle font face les participants, il aurait été intéressant d'inclure une portion qualitative à l'étude, ce qui devrait être envisagé ultérieurement comme étude subséquente.

## Chapitre 6 – Conclusion

Ce travail de maîtrise se veut à la fois un résumé des enjeux entourant le signalement de situations de maltraitance pédiatrique et une exploration de la réalité locale d'un centre hospitalier universitaire québécois.

À travers une revue de littérature approfondie, il a été possible de constater la complexité de la décision morale entourant le signalement et de se pencher sur les obstacles de nature éthique qui entravent ce processus dont le but ultime est de protéger les enfants. Une mise en contexte à travers plusieurs angles de l'éthique clinique a permis de se positionner davantage sur les dilemmes rencontrés.

Le projet de recherche de nature exploratoire qui est ensuite présenté fait état de constats similaires à ceux que l'on retrouve dans les écrits antérieurs. En effet, les cliniciens du CHU Sainte-Justine se sont dit subjectivement engagés envers leurs obligations de signalement, mais n'ont, concrètement, que rarement effectué des signalements eux-mêmes. Plusieurs obstacles se sont dégagés des réponses des participants, s'articulant principalement autour de préoccupations pour le bien-être de l'enfant. L'analyse des enjeux entourant la divulgation du signalement, un thème important en soi, nous a permis de constater que ce sujet trop peu exploré provoquait chez les répondants des craintes significatives, entre autres pour leur propre sécurité. L'enseignement et la formation entourant la maltraitance et son signalement sont déficitaires, tel que démontré à maintes reprises dans la littérature. Finalement, le contexte de la pandémie à COVID-19 a suscité des inquiétudes significatives pour la sécurité des enfants et semble avoir mené à une plus grande exposition (ou une plus grande prise de conscience) de ces situations au CHU Sainte-Justine.

## Réflexions personnelles

*« Replacing denial and avoidance with an honest investigation of the way abuse impacts humans makes (...) science a more accurate and useful endeavor. »*

- Becker-Blease et Freyd<sup>172</sup>

Ce mémoire a été pour moi une occasion de réfléchir en profondeur sur une partie importante de ma pratique, soit l'évaluation médicale d'enfants possiblement victimes de maltraitance. La mise en contexte du projet de recherche a inclus plusieurs différents éléments de ce domaine, mais j'aurais pu en inclure encore d'autres qui me semblent fascinants et complexes (couverture médiatique de la maltraitance pédiatrique<sup>10</sup>, le rôle de l'intuition dans la prise de décision<sup>173</sup>, etc.) Il a évidemment été essentiel de restreindre les thèmes abordés. En concluant ce mémoire, je constate qu'il aurait été intéressant de circonscrire davantage mon sujet pour me permettre d'explorer encore plus certaines notions et réflexions. Le concept de divulgation et les enjeux de communication retiennent particulièrement mon attention pour les projets futurs.

À la suite de ce travail de maîtrise, je suis, plus que jamais, convaincue que mon rôle en tant que pédiatre avec une expertise en maltraitance s'étend bien au-delà de mes activités cliniques. Principalement, je crois avoir un rôle majeur à jouer dans la formation et l'enseignement des sujets explorés pour tenter d'amoindrir le phénomène de sous-signalment dont il est question dans ce mémoire.

Un regard aiguisé par l'éthique clinique devrait être un atout à ce niveau. En effet, il apparaît clair, par ce travail et par mon expérience, que l'éthique offre de multiples pistes de solution pour adresser la maltraitance de manière franche et sensible. L'approche narrative pour décrire le processus réflexif du signalant, bien décrite par Forsner et ses collègues<sup>133</sup>, permet en effet de prendre du recul par rapport à l'identification des cas pour la considérer dans toute sa complexité. Une approche partenariale, telle que souvent préconisée dans les écrits en éthique clinique<sup>130</sup> et discutée largement dans ce mémoire nous incite quant à elle à considérer intelligemment l'impact du signalment sur la famille et à réfléchir à sa divulgation de manière nuancée<sup>155</sup>. La communication efficace entre toutes les personnes impliquées est primordiale<sup>126</sup> et devrait

constituer une priorité dans toutes les démarches futures. L'éthique permet aussi d'intégrer de manière explicite les émotions vécues par les personnes qui considèrent signaler<sup>32,132,133,143</sup>. Ces émotions doivent non seulement être intégrées dans le processus du signalement, tel que mis de l'avant par Levi et Portwood<sup>65</sup>, mais aussi dans tous les enseignements à son sujet. Il n'est pas suffisant d'apprendre aux professionnels de la santé à reconnaître une manifestation clinique de maltraitance, il est aussi primordial de leur enseigner comment reconnaître les émotions, les biais cognitifs ainsi que les dilemmes moraux qui teintent leurs perceptions et ultimement leurs agissements. La reconnaissance des tensions en présence, bien qu'importante, doit ensuite permettre une approche aussi objective que possible pour que nos actions soient justes et qu'elles protègent les enfants tout en respectant la dignité des familles autant que possible<sup>122</sup>. L'éthique du *care* comporte de nombreuses pistes de réflexion à cet effet, tel que mis de l'avant dans l'introduction de ce travail. Elle nous rappelle entre autres que les enjeux de pouvoir sont bel et bien présents dans ces situations. Ces enjeux sont nombreux et complexes. Ils doivent impérativement être pris en considération pour permettre une approche humaine et sensible à la fois auprès des familles et entre nous, professionnels impliqués.

Une restructuration holistique des systèmes en place permettra peut-être un jour de rétablir la confiance des soignants (et de la population générale) envers les services de protection de la jeunesse pour amoindrir le doute qui pèse lourd dans la balance décisionnelle. On peut espérer qu'un jour de signaler les difficultés d'une famille pourra être considéré comme Glover et Justis le suggèrent « *not as the problem to be solved but as an opportunity of sorts in that it can be a gateway to services* »(p.161)<sup>129</sup>. À cet égard, les réponses différenciées sont prometteuses selon plusieurs auteurs<sup>1</sup> dont je partage les conclusions. En attendant que tous puissent s'approprier une vision positive du signalement et des services de protection de la jeunesse, rappelons l'importance de travailler en équipe et de faire appel à nos collègues professionnels de la santé lorsque confronté à l'incertitude et à l'inconfort qui accompagnent souvent les situations de maltraitance pédiatrique. Rappelons aussi le caractère indissociable du signalement, de l'évaluation médicale et des décisions prises par la protection de la jeunesse et considérons la possibilité d'envisager une approche concertée, dans laquelle tous les intervenants se sentent directement concernés et responsables des issues pour la famille.

Pour terminer, j'irais même plus loin en disant que je souhaite que chaque membre de la société se sente directement interpellé par les failles de nos systèmes. Il n'est plus, selon moi, acceptable de faire porter l'odieux des échecs de la protection de nos enfants à certains acteurs. Certes, plusieurs décisions, actions, inactions et orientations sont inacceptables tant sur le terrain qu'en politique. Toutefois, à mon avis tous les choix sociétaux et individuels mènent aux difficultés vécues dans la prise en charge de la maltraitance de nos enfants. Comme société, nous investissons temps, énergie et argent dans plusieurs sphères de la santé. Si nous le faisons sans s'attarder à la contribution de l'adversité dans l'enfance aux diverses conditions et problématiques, nous manquons à notre devoir envers les victimes, qui, rappelons-le, constitue environ 25% d'entre nous. Comme individu, si nous nous refusons à intégrer la dure réalité de la maltraitance des enfants à notre regard personnel et professionnel, nous perpétons l'impression, erronée, que tous les enfants sont en sécurité et nous n'agissons pas en faveur de leurs droits fondamentaux. Le tabou et le secret qui entourent ce phénomène perpétuent le détournement du regard qui est si nuisible pour tous et ne sont plus permmissibles, tant d'années après les écrits éclairants de Dr Kempe.

*« Coming to realize that the world is not as safe as we would like to believe is unsettling, disturbing, difficult work. However, it is not, in and of itself, harmful. Indeed, ultimately, knowing the truth is helpful, and being deluded is harmful. »*

- Becker-Blease et Freyd<sup>172</sup>

### **Réflexions pour des projets futurs**

Bien qu'il demeure intéressant de s'intéresser aux professionnels et aux intervenants impliqués dans les évaluations de possible maltraitance, il est probable que la recherche auprès des familles puisse mettre en lumière d'autres enjeux et des pistes de solution innovantes et humaines. Ainsi, les perspectives parentales ont été explorées fréquemment dans les dernières années, menant à des réflexions importantes sur les approches en santé. Ces études se sont intéressées à des sujets divers allant des plus « légers » comme la perception des pères de l'allaitement<sup>174</sup> aux plus sensibles et complexes comme les issues de la prématurité<sup>175</sup> ou les soins palliatifs reçus à la fin de la vie d'un enfant<sup>176,177</sup>. Plusieurs de ces études, à la lumière de leurs trouvailles, suggèrent

d'intégrer des approches différentes à nos pratiques. Les perspectives de certains parents (principalement les mères toxicomanes ou les mères en situation de violence conjugale) face au signalement et aux démarches des services de protection de la jeunesse ont aussi été explorées, comme en témoigne la méta-synthèse de Mc Tavish et al<sup>106</sup>. Toutefois, les études citées n'explorent pas de manière explicite la communication entourant le signalement et le concept de divulgation, ce qui pourrait s'avérer très intéressant et instructif. Malgré les limitations éthiques rendant cette démarche complexe, je rêve d'un jour où, à la fin d'une évaluation pour possible maltraitance, les parents pourraient offrir une rétroaction constructive sur leurs expériences pour nous permettre de se pencher sur ce qui a permis (ou empêché) de conserver leur dignité dans ce processus souffrant. Il m'apparaît dommage que la rétroaction la plus souvent reçue soit sous forme de plaintes ou de sorties médiatiques négatives. Pour contourner les enjeux liés à questionner directement les familles ayant vécu ces évaluations, l'avenue des jeux de rôles pourrait être intéressante. Ainsi, la contribution de la simulation est à mon avis largement sous exploitée dans la formation offerte en maltraitance<sup>155</sup>. Pour citer l'exemple de mon alma mater, l'Université de Montréal, de nombreux projets y ont été menés en lien avec la simulation en contexte pédiatrique<sup>178</sup>, incluant avec l'objectif d'améliorer la communication avec les parents dans des situations difficiles comme par exemple une fin de vie en néonatalogie<sup>179</sup>. Il serait riche et intéressant d'appliquer ces modèles d'enseignement et de recherche au sujet complexe et intimidant de la maltraitance. Des activités pédagogiques encadrées, comme celle proposées par Pietrantonio<sup>155</sup>, qui incluraient une rétroaction de la part des personnes jouant le rôle des parents pourrait éventuellement permettre non seulement aux apprenants de se pratiquer, mais aussi d'explorer des enjeux de communication, et ce dans un contexte contrôlé et plus neutre.

Une étude structurée des perspectives de parents partenaires et des perspectives de parents membres de comités d'usagers pourrait aussi s'avérer riche et instructive. Une démarche récente impliquant plusieurs interlocuteurs du CHU Sainte-Justine au sujet du choix d'un nouveau nom pour la clinique de pédiatrie sociojuridique a mis en valeur la qualité et la créativité des perspectives nuancées de ces parents engagés.

Il importe par ailleurs de souligner que (comme c'est souvent le cas) l'interlocuteur absent dans la littérature entourant le signalement est l'enfant, en l'occurrence l'enfant « signalé » ou le

principal intéressé<sup>106</sup>. Des initiatives récentes, principalement issues des pays scandinaves, tentent de créer un espace de communication pour permettre aux enfants (même très jeunes) d'exprimer leurs volontés en contexte de soins<sup>180,181</sup>. Ces démarches s'inscrivent dans une tentative de respecter l'article 12 de la Convention relative aux droits des enfants, qui prévoit que les enfants doivent être entendus dans toutes les procédures les concernant<sup>5,182</sup>, droit qui est reconnu dans la LPJ<sup>35</sup> et le Code civil du Québec<sup>183</sup>. Il serait fort intéressant d'appliquer certains apprentissages de ces travaux au contexte de la maltraitance et de son signalement, et ce malgré la complexité des situations ciblées. De mieux comprendre ce que savent les enfants du processus visant à assurer leur protection et ce qu'ils en pensent serait riche et porteur de sens à mon avis.

Par ailleurs, la contribution de l'éthique à la pédiatrie de la maltraitance doit continuer d'être explorée en recherche. L'applicabilité aux situations d'évaluation de possible maltraitance de certaines approches axées sur l'« autonomie relationnelle » et sur l'*empowerment*, comme celle mise de l'avant par Gaucher et Payot en contexte de consultations néonatales<sup>184</sup>, devrait être explorée. La possibilité de mitiger les impacts négatifs du signalement sur l'unité familiale à travers une telle approche pourrait être une avenue intéressante. L'intégration de discussions entourant le signalement aux enseignements entourant « l'annonce d'une mauvaise nouvelle », souvent coordonné dans le contexte des apprentissages en éthique clinique, est aussi essentielle, tel qu'il a été mis de l'avant précédemment. À titre d'exemple, l'intégration de ces situations aux ateliers d'éthique à l'externat et à la résidence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal serait essentielle pour permettre d'exposer les médecins de tous les horizons à ce sujet complexe tôt dans leur parcours.

L'exploration d'autres avenues de formation et d'enseignement, incluant autour des difficultés de communication et des enjeux de pouvoir, auprès des autres professionnels de la santé et intervenants impliqués est aussi très importante.

## Références bibliographiques

1. Mathews B, Bross DC, eds. *Mandatory Reporting Laws and the Identification of Severe Child Abuse and Neglect*. 1st ed. Springer, Dordrecht; 2015.
2. Rapport québécois sur la violence et la santé | INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>. Accessed March 5, 2022.
3. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abus Negl*. 2005;29(4):311-324. doi:10.1016/J.CHIABU.2005.03.002
4. Renck Jalongo M. The Story of Mary Ellen Wilson: Tracing the Origins of Child Protection in America. doi:10.1007/s10643-006-0121-z
5. HCDH | Convention relative aux droits de l'enfant. <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>. Accessed March 5, 2022.
6. Déclaration des droits de l'enfant, 1959 : présentation - Humanium. <https://www.humanium.org/fr/normes/declaration-1959/>. Accessed March 5, 2022.
7. Labbé J. *La Maltraitance Des Enfants En Occident: Une Histoire d'hier à Aujourd'hui*. Presses de l'Université Laval; 2019.
8. Tufford L. Historical Foundations of Canadian Child Welfare and Mandatory Reporting. *Child Abus Negl Canada*. December 2019;1-24. doi:10.1093/OSO/9780190083472.003.0001
9. Marion É. Évolution De La Protection De La Jeunesse : Interprétation D' Une Technologie De Gouvernamentalité , La Judiciarisation. *Interv 2014*. 2014;140:19-27.
10. Katz C, Glucklich T, Piller S. Child Maltreatment in the Media: Analyses of Media Coverage and Reader Comments on Child Maltreatment in Israel. *Child Abus Rev*. 2019;28(2):127-138. doi:10.1002/CAR.2546
11. Accueil — Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. <https://www.csdepj.gouv.qc.ca/accueil/>. Accessed March 18, 2022.
12. Fréchette L. Un Québec fou de ses enfants! Un appel à un investissement profitable dans l'enfance et la jeunesse du Québec. *Nouv Prat Soc*. 2012;5(1):159. doi:10.7202/301165AR
13. Strouse PJ. Child abuse: we have problems. *Pediatr Radiol 2016 465*. 2016;46(5):587-590. doi:10.1007/S00247-016-3551-9
14. Collectif. La maltraitance une réalité qui bouleverse Des personnalités et des cliniciens prennent la parole.

2007.:113.

15. des droits de la personne C, droits de la jeunesse des. Conclusion générale sur les enquêtes concernant le Centre hospitalier universitaire Ste-Justine.
16. Accueil | Fondation Marie-Vincent. <https://marie-vincent.org/>. Accessed July 4, 2022.
17. SIAM : services intégrés en abus et maltraitance | CIUSSSCN. <https://www.ciuuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/jeunesse/protection-jeunesse/siam>. Accessed July 4, 2022.
18. Québec adopte un nouveau modèle pour un meilleur suivi des signalements à la DPJ | Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1803176/gouvernement-quebec-dpj-signalements>. Accessed July 4, 2022.
19. Child and Youth Maltreatment | Canadian Paediatric Society. <https://cps.ca/en/sections/maltreatment>. Accessed March 18, 2022.
20. Council on Child Abuse and Neglect | Pediatrics | American Academy of Pediatrics. <https://publications.aap.org/pediatrics/collection/553/Council-on-Child-Abuse-and-Neglect>. Accessed March 18, 2022.
21. About the Safe Place: The Center for Child Protection and Health | Children’s Hospital of Philadelphia. <https://www.chop.edu/centers-programs/safe-place-center-child-protection-and-health/about>. Accessed April 28, 2022.
22. Safe & Healthy Families | University of Utah Health. <https://healthcare.utah.edu/pediatrics/programs-services/safe-healthy-families.php>. Accessed April 28, 2022.
23. Société Française de Pédiatrie Médico-Légale - SFPML. <http://www.sfpediatriemedicolegale.fr/>. Accessed March 18, 2022.
24. Déclaration conjointe sur le trauma crânien causé par la maltraitance des enfants (TC-ME) : Une mise à jour de la Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué - Canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/publications/declaration-conjointe-trauma-cranien-maltraitance-enfants.html>. Accessed March 18, 2022.
25. Christian CW, Block R, Jenny C, et al. Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics*. 2009;123(5):1409-1411. doi:10.1542/PEDS.2009-0408
26. Syndrome du bébé secoué - AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. <https://afpa.org/syndrome-du-bebe-secoue/>. Accessed March 18, 2022.
27. Le syndrome du bébé secoué. <https://naitreetgrandir.com/fr/sante/naitre-grandir-sante-bebe-secoue->

- pleur/. Accessed March 18, 2022.
28. Goulet C, Frappier J-Y, Fortin S, et al. Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00301.x
  29. Gagné M-H, Richard M-C, Dubé C. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec Des collectivités bienveillantes pour la bientraitance des enfants. 2015. www.chaire-maltraitance.ulaval.ca/Prevenir/la-maltraitance-des-enfants-par-le-soutien-aux-roles-parental. Accessed April 22, 2022.
  30. 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(4):245-258. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9635069>. Accessed February 8, 2017.
  31. Grummitt LR, Kreski NT, Kim SG, Platt J, Keyes KM, McLaughlin KA. Association of Childhood Adversity With Morbidity and Mortality in US Adults: A Systematic Review. *JAMA Pediatr.* 2021;175(12):1269-1278. doi:10.1001/JAMAPEDIATRICS.2021.2320
  32. Wilson IA, Lee J. Barriers and facilitators associated with child abuse and neglect reporting among child care professionals a systematic review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2021;59(6):14-22. doi:10.3928/02793695-20210324-01
  33. Maltraitance des enfants. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. Accessed March 5, 2022.
  34. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373(9657):68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
  35. P-34.1 - Loi sur la protection de la jeunesse. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-34.1>. Accessed March 5, 2022.
  36. Guttman K, Shouldice M, Levin A V. *Ethical Issues in Child Abuse Research*. Springer Nature Switzerland AG; 2019.
  37. Jenny C, ed. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence*. 1st editio. St Louis: Elsevier Inc.; 2011.
  38. Fallon B, Trocmé N, Fluke J, MacLaurin B, Tonmyr L, Yuan Y-Y. Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2010;34(1):70-79. doi:10.1016/j.chiabu.2009.08.008
  39. Moody G, Cannings-John R, Hood K, Kemp A, Robling M. Establishing the international prevalence of self-

- reported child maltreatment: A systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-15. doi:10.1186/S12889-018-6044-Y/FIGURES/5
40. Department of Health U, Services Administration for Children H, Administration on Children Youth F, Children F. *Child Maltreatment 2020*.; 2020. <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment>.
  41. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 (ECI-2008) : Données principales | Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance. <https://cwrp.ca/fr/publications/etude-canadienne-sur-lincidence-des-signalements-de-cas-de-violence-et-de-negligeance-1>. Accessed March 5, 2022.
  42. BILAN DES DIRECTEURS DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE / DIRECTEURS PROVINCIAUX 2021 Les enfants notre priorité. 2021.
  43. Williams H, Robertson C, Stewart A, et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood. *J Allergy Clin Immunol*. 1999;103(1):125-138. doi:10.1016/S0091-6749(99)70536-1
  44. Anandan C, Nurmatov U, Van Schayck OCP, Sheikh A. Is the prevalence of asthma declining? Systematic review of epidemiological studies. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol*. 2010;65(2):152-167. doi:10.1111/J.1398-9995.2009.02244.X
  45. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report | Enhanced Reader.
  46. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-180. doi:10.1016/S0140-6736(08)61707-9
  47. Rao S, Lux AL. The epidemiology of child maltreatment. *Paediatr Child Heal (United Kingdom)*. 2012;22(11):459-464. doi:10.1016/J.PAED.2012.09.002
  48. Macmillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse Negl*. 2003;27(27):1397-1408. doi:10.1016/j.chiabu.2003.06.003
  49. Everson MD, Smith JB, Hussey JM, et al. Concordance between adolescent reports of childhood abuse and child protective service determinations in an at-risk sample of young adolescents. *Child Maltreat*. 2008. doi:10.1177/1077559507307837
  50. Violence against children. [https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_1). Accessed March 6, 2022.

51. Bernard C, Gupta A. Black African Children and the Child Protection System. *Br J Soc Work*. 2008;38(3):476-492. doi:10.1093/BJSW/BCL370
52. Boatswain-Kyte A, Esposito T, Trocmé N. A longitudinal jurisdictional study of Black children reported to child protection services in Quebec, Canada. *Child Youth Serv Rev*. 2020;116:105219. doi:10.1016/J.CHILDYOUTH.2020.105219
53. Ma J, Fallon B, Richard K. The overrepresentation of First Nations children and families involved with child welfare: Findings from the Ontario incidence study of reported child abuse and neglect 2013. *Child Abuse Negl*. 2019;90:52-65. doi:10.1016/J.CHIABU.2019.01.022
54. Legano LA, Desch LW, Messner SA, Idzerda S, Flaherty EG. CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care Maltreatment of Children With Disabilities. 2021. doi:10.1542/peds.2021-050920
55. Raz M. Lessons from history: Parents anonymous and child abuse prevention policy. *Pediatrics*. 2017;140(6). doi:10.1542/PEDS.2017-0340/38151
56. Freisthler B, Merritt DH, Lascala EA. Understanding the ecology of child maltreatment: A review of the literature and directions for future research. *Child Maltreat*. 2006;11(3):263-280. doi:10.1177/1077559506289524
57. Shein SL, Bell MJ, Kochanek PM, et al. Risk Factors for Mortality in Children with Abusive Head Trauma. *J Pediatr*. 2012;161(4):716. doi:10.1016/J.JPEDI.2012.03.046
58. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol* 2018 488. 2018;48(8):1048-1065. doi:10.1007/S00247-018-4149-1
59. Bucci M, Marques SS, Oh D, Harris NB. Toxic Stress in Children and Adolescents. *Adv Pediatr*. 2016;63(1):403-428. doi:10.1016/j.yapd.2016.04.002
60. McDonald S, Kingston D, Bayrampour H, Tough S. Adverse Childhood Experiences In Alberta, Canada: A Population Based Study. *Arch Dis Child*. 2015;3(Suppl 2):A371-A371. doi:10.1136/archdischild-2014-307384.1031
61. Garner AS, Shonkoff JP, Siegel BS, et al. Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. *Pediatrics*. 2012;129(1):e224-e231. doi:10.1542/peds.2011-2662
62. Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, et al. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):1-19. doi:10.1186/S12887-018-1037-7/FIGURES/2
63. Ferrara P, Corsello G, Cristina Basile M, et al. The Economic Burden of Child Maltreatment in High Income

- Countries. *J Pediatr*. 2015;167:1457-1459. doi:10.1016/j.jpeds.2015.09.044
64. Bottoms BL, Peter-Hagene LC, Epstein MA, Wiley TRA, Reynolds CE, Rudnicki AG. Abuse Characteristics and Individual Differences Related to Disclosing Childhood Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Witnessed Domestic Violence. *J Interpers Violence*. 2016;31(7):1308-1339. doi:10.1177/0886260514564155
65. Levi BH, Portwood SG. Reasonable Suspicion of Child Abuse: Finding a Common Language. *J Law, Med Ethics*. 2011;39(1):62-69. doi:10.1111/j.1748-720X.2011.00550.x
66. Jenny C. *Child Abuse and Neglect*. 1st editio. St Louis: Saunders/Elsevier; 2011.
67. O'sullivan ED, Schofi Eld SJ. Clinical Cognitive bias in clinical medicine. *J R Coll Physicians Edinb*. 2018;48:225-232. doi:10.4997/JRCPE.2018.306
68. Miller AJ, Narang S, Scribano P, et al. Ethical Testimony in Cases of Suspected Child Maltreatment: The Ray E. Helfer Society Guidelines. *Acad Pediatr*. 2020;20(6):742-745. doi:10.1016/J.ACAP.2020.02.011
69. LA MÉDECINE D'EXPERTISE L'ÉVALUATION MÉDICALE INDÉPENDANTE ET L'EXPERTISE MÉDICALE O6/21 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC avec la collaboration du BARREAU DU QUÉBEC Guide d'exercice. www.cmq.org. Accessed April 11, 2022.
70. Ward MGK, Bennett S, Plint AC, King WJ, Jabbour M, Gaboury I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse Negl*. 2004;28(10):1113-1122. doi:10.1016/J.CHIABU.2004.05.002
71. Exigences de la formation spécialisée en pédiatrie | © 2015 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés. [https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/pediatrics\\_str\\_f](https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/pediatrics_str_f). Accessed March 22, 2022.
72. Editor G. Child maltreatment in Canada, 2013 Michelle Shouldice MD FRCPC. *Paediatr Child Heal*. 2013;18:407. <https://academic.oup.com/pch/article/18/8/407/2647144>. Accessed April 18, 2022.
73. Narayan AP, Socolar RRS, St Claire K. Pediatric residency training in child abuse and neglect in the United States. *Pediatrics*. 2006;117(6):2215-2221. doi:10.1542/peds.2006-0160
74. Child Abuse Pediatrics Certification | The American Board of Pediatrics. <https://www.abp.org/content/child-abuse-pediatrics-certification>. Accessed April 14, 2022.
75. Block RW, Palusci VJ. Child Abuse Pediatrics: A new pediatric subspecialty. *J Pediatr*. 2006;148(6):711-712. doi:10.1016/J.JPEDI.2006.01.033
76. Christian CW. Professional Education in Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2008;122(Supplement\_1):S13-S17. doi:10.1542/PEDI.2008-0715F

77. Starling SP, Heisler KW, Paulson JF, Youmans E. Child abuse training and knowledge: a national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors. *Pediatrics*. 2009;123(4). doi:10.1542/PEDS.2008-2938
78. Alvarez KM, Kenny MC, Donohue B, Carpin KM. Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggress Violent Behav*. 2004;9(5):563-578. doi:10.1016/j.avb.2003.07.001
79. Menoch M, Zimmerman S, Garcia-Filion P, Bulloch B. Child Abuse Education. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(10):937-940. doi:10.1097/pec.0b013e3182307ae5
80. Mctavish JR, Kimber M, Devries K, et al. Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: A meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 2017;7(10):1-16. doi:10.1136/bmjopen-2016-013942
81. Jedwab M, Benbenishty R. Israeli Paediatricians' Attitudes and Experiences of Reporting Child Maltreatment and Related Training Needs. *Child Abus Rev*. 2017;26(6):439-450. doi:10.1002/car.2468
82. Elarousy W, Abed S. Suspected Child Abuse and Neglect (SCAN) Committee, King Abdulaziz Medical City. *EMHJ*. 2019;25(6). doi:10.26719/emhj.18.055
83. Lavigne JL, Portwood SG, Warren-Findlow J, Brunner Huber LR. Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment. *J Pediatr Nurs*. 2017;34:17-22. doi:10.1016/J.PEDN.2017.01.010
84. Bradbury-Jones C, Isham L, Morris AJ, Taylor J. The "Neglected" Relationship Between Child Maltreatment and Oral Health? An International Scoping Review of Research. *Trauma, Violence, Abus*. 2021;22(2):265-276. doi:10.1177/1524838019841598
85. Kenny MC. Teachers' attitudes toward and knowledge of child maltreatment. *Child Abus Negl*. 2004;28(12):1311-1319. doi:10.1016/J.CHIABU.2004.06.010
86. Ferrara P, Gatto A, Manganelli NP, et al. The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. doi:10.1186/s13052-017-0389-1
87. Crocamo C, Bachi B, Cioni RM, et al. Professionals' Digital Training for Child Maltreatment Prevention in the COVID-19 Era: A Pan-European Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2). doi:10.3390/IJERPH19020885
88. Feigelman S, Dubowitz H, Lane W, Grube L, Kim J. *Training Pediatric Residents in a Primary Care Clinic to Help Address Psychosocial Problems and Prevent Child Maltreatment*. Vol 11.; 2011. doi:10.1016/j.acap.2011.07.005

89. Berman G. Ethical Considerations for Evidence Generation Involving Children on the COVID-19 Pandemic. 2020. [www.unicef-irc.org](http://www.unicef-irc.org). Accessed March 5, 2022.
90. Marmor A, Cohen N, Katz C. Child Maltreatment During COVID-19: Key Conclusions and Future Directions Based on a Systematic Literature Review. *Trauma, Violence, Abus.* 2021. doi:10.1177/15248380211043818
91. Gonzalez A, Afifi TO, Tonmyr L. Completing the picture: A proposed framework for child maltreatment surveillance and research in Canada. *Heal Promot Chronic Dis Prev Canada.* 2021;41(11):392-397. doi:10.24095/HPCDP.41.11.07
92. Katz C, Priolo Filho SR, Korbin J, et al. Child maltreatment in the time of the COVID-19 pandemic: A proposed global framework on research, policy and practice. *Child Abuse Negl.* November 2020:104824. doi:10.1016/J.CHIABU.2020.104824
93. Pereda N, Díaz-Faes DA. Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020;14(1):40. doi:10.1186/s13034-020-00347-1
94. Rodriguez CM, Lee SJ, Ward KP, Pu DF. The Perfect Storm: Hidden Risk of Child Maltreatment During the Covid-19 Pandemic. *Child Maltreat.* 2021;26(2):139-151. doi:10.1177/1077559520982066
95. Bullinger LR, Raissian KM, Feely M, Schneider WJ. The neglected ones: Time at home during COVID-19 and child maltreatment. *Child Youth Serv Rev.* 2021;131:106287. doi:10.1016/J.CHILDYOUTH.2021.106287
96. Walsh WA, Jones LM, Cross TP, Lippert T. Prosecuting child sexual abuse: The importance of evidence type. *Crime Delinq.* 2010;56(3):436-454. doi:10.1177/0011128708320484
97. Lippert T, Cross TP, Jones L, Walsh W. Suspect confession of child sexual abuse to investigators. *Child Maltreat.* 2010;15(2):161-170. doi:10.1177/1077559509360251
98. Lev-Wiesel R, First M, Gottfried R, Eisikovits Z, Emili T. Reluctance Versus Urge to Disclose Child Maltreatment: The Impact of Multi-Type Maltreatment. *J Interpers Violence.* 2019;34(18):3888-3914. doi:10.1177/0886260516672938
99. Alaggia R. Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse Negl.* 2004;28(11):1213-1227. doi:10.1016/J.CHIABU.2004.03.016
100. Rankin JM, Ornstein AE. A commentary on mandatory reporting legislation in the United States, Canada, and Australia: A cross-jurisdictional review of key features, differences, and issues. *Child Maltreat.* 2009;14(1):121-123. doi:10.1177/1077559508328781
101. Kenny MC, Abreu RL, Marchena MT, Helpingstine C, Lopez-Griman A, Mathews B. Legal and clinical

- guidelines for making a child maltreatment report. *Prof Psychol Res Pract.* 2017;48(6):469-480.  
doi:10.1037/pro0000166
102. Raz M. Unintended Consequences of Expanded Mandatory Reporting Laws. *Pediatrics.* 2017;139(4):e20163511. doi:10.1542/peds.2016-3511
  103. Houry D, Feldhaus K, Thorson AC, Abbott J. Mandatory Reporting Laws Do Not Deter Patients From Seeking Medical Care. *Ann Emerg Med.* 1999;34(3):336-341. doi:10.1016/S0196-0644(99)70127-7
  104. Kuruppu J, Forsdike K, Hegarty K. 'It's a necessary evil': Experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice. *Aust J Gen Pract.* 2018;47(10):729-733. doi:10.31128/AJGP-04-18-4563
  105. Tonmyr L, Mathews B, Shields ME, Hovdestad WE, Afifi TO. Does mandatory reporting legislation increase contact with child protection? – a legal doctrinal review and an analytical examination. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1021. doi:10.1186/s12889-018-5864-0
  106. McTavish JR, Kimber M, Devries K, et al. Children's and caregivers' perspectives about mandatory reporting of child maltreatment: A meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open.* 2019;9(4). doi:10.1136/bmjopen-2018-025741
  107. Mathews B, Lee XJ, Norman RE. Impact of a new mandatory reporting law on reporting and identification of child sexual abuse: A seven year time trend analysis. *Child Abuse Negl.* 2016;56:62-79. doi:10.1016/J.CHIABU.2016.04.009
  108. Flaherty EG. Does the wording of the mandate to report suspected child abuse serve as another barrier to child abuse reporting? *Child Abuse Negl.* 2006;30(4):341-343. doi:10.1016/J.CHIABU.2006.02.008
  109. Levi BH, Loeben G. INDEX OF SUSPICION: FEELING NOT BELIEVING.
  110. Projet de loi C-92 : La Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis reçoit la sanction royale - Canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/nouvelles/2019/06/la-loi-concernant-les-enfants-les-jeunes-et-les-familles-des-premieres-nations-des-inuits-et-des-metis-recoit-la-sanction-royale.html>. Accessed March 18, 2022.
  111. Projet de loi n° 15, Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives - Assemblée nationale du Québec. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-15-42-2.html>. Accessed March 18, 2022.
  112. Fiche du terme : Loi d'exception - Thésaurus de l'activité gouvernementale. <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=7494>. Accessed March 28, 2022.

113. Le système de protection de la jeunesse au Québec - Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec. <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/fr/en-bref-notes-d-information-de-la-bibliotheque/l-economie-sociale-au-quebec/4784-le-systeme-de-protection-de-la-jeunesse-au-quebec>. Accessed March 28, 2022.
114. Tonmyr L, Li A, Williams Msc G, et al. *Patterns of Reporting by Health Care and Nonhealth Care Professionals to Child Protection Services in Canada*. Vol 15.; 2010. <https://academic.oup.com/pch/article/15/8/e25/2639318>.
115. Talsma M, Bengtsson Boström K, Östberg A-L. Facing suspected child abuse--what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scand J Prim Health Care*. 2015;33(1):21-26. doi:10.3109/02813432.2015.1001941
116. Read J, Harper D, Tucker I, Kennedy A. Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(1):7-19. doi:10.1111/INM.12369
117. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of Missed Cases of Abusive Head Trauma. *JAMA*. 1999;281(7):621. doi:10.1001/jama.281.7.621
118. Oral R, Yagmur F, Nashelsky M, Turkmen M, Kirby P. Fatal abusive head trauma cases: consequence of medical staff missing milder forms of physical abuse. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24(12):816-821. doi:10.1097/PEC.0b013e31818e9f5d
119. Letson MM, Cooper JN, Deans KJ, et al. Prior opportunities to identify abuse in children with abusive head trauma. *Child Abuse Negl*. 2016;60:36-45. doi:10.1016/J.CHIABU.2016.09.001
120. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel Injuries in Infants Evaluated for Child Physical Abuse. *Pediatrics*. 2013;131(4):701-707. doi:10.1542/PEDS.2012-2780
121. Henry MK, Wood JN. What's in a name? Sentinel injuries in abused infants. *Pediatr Radiol*. 2021;51(6):861-865. doi:10.1007/S00247-020-04915-7
122. Berger RP, Lindberg DM. Early Recognition of Physical Abuse: Bridging the Gap between Knowledge and Practice. *J Pediatr*. 2019;204:16-23. doi:10.1016/J.JPEDI.2018.07.081
123. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery—Will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 1998;22(3):159-169. doi:10.1016/S0145-2134(97)00172-5
124. Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, et al. Clinicians' Description of Factors Influencing Their Reporting of Suspected Child Abuse: Report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*. 2008;122(2):259-266. doi:10.1542/peds.2007-2312

125. Sege R, Flaherty E, Jones R, et al. To report or not to report: Examination of the initial primary care management of suspicious childhood injuries. *Acad Pediatr*. 2011;11(6):460-466. doi:10.1016/j.acap.2011.08.005
126. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: Pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abus Negl*. 2000;24(11):1461-1470. doi:10.1016/S0145-2134(00)00199-X
127. Afifi TO. Child Maltreatment in Canada: An Understudied Public Health Problem. *Can J Public Heal* 2011 1026. 2011;102(6):459-461. doi:10.1007/BF03404200
128. Macmillan HL. Protecting children from maltreatment: A Canadian call to action. *Paediatr Child Health*. 2013;18(8):409-410. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24426791>. Accessed February 3, 2017.
129. Glover JJ, Justis LM. Ethics and the Identification and Response to Child Abuse and Neglect. 2015:157-171. doi:10.1007/978-94-017-9685-9\_8
130. Payot A, Janvier A. *Éthique Clinique: Un Guide Pour Aborder La Pratique*. (Sainte-Justine É, ed.); 2015.
131. Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M. BMC Medical Ethics (2001) 2:1 Debate Clinical ethics revisited. *BMC Med Ethics*. 2001;2:1. <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/2/1>. Accessed April 9, 2022.
132. Karakachian A, Colbert A, Hupp D, Berger R. Caring for victims of child maltreatment: Pediatric nurses' moral distress and burnout. *Nurs Ethics*. 2021;28(5):687-703. doi:10.1177/0969733020981760
133. Forsner M, Elvhage G, Ewalds-Kvist BM, Lützn K. Moral Challenges When Suspecting Abuse and Neglect in School Children: A Mixed Method Study. *Child Adolesc Soc Work J*. 2021;38(6):599-610. doi:10.1007/S10560-020-00680-6/FIGURES/1
134. Kalichman S. *Mandated Reporting of Suspected Child Abuse: Etics Law and Policy, 2nd Edition*. American Psychology Association; 2002.
135. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, et al. From Suspicion of Physical Child Abuse to Reporting: Primary Care Clinician Decision-Making. *Pediatrics*. 2008;122(3):611-619. doi:10.1542/peds.2007-2311
136. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL, Christoffel KK. Health Care Providers' Experience Reporting Child Abuse in the Primary Care Setting. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(5):489. doi:10.1001/archpedi.154.5.489
137. Eisikovits Z, Davidov J, Sigad L, Lev-Wiesel R. The Social Construction of Disclosure: The Case of Child Abuse in Israeli Society. 2015:395-413. doi:10.1007/978-94-017-9685-9\_19
138. Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, et al. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: Report of the child abuse reporting experience study research group. *Pediatrics*.

- 2008;122(2):259-266. doi:10.1542/peds.2007-2312
139. Kalichman SC. *Mandated Reporting of Suspected Child Abuse; Ethics, Law and Policy*. 1st ed. (American Psychological Association, ed.); 1995.
  140. Flaherty EG, Schwartz K, Jones RD, Sege RD. Child abuse physicians: coping with challenges. *Eval Health Prof*. 2013;36(2):163-173. doi:10.1177/0163278712459196
  141. Bennett S, Plint A, Clifford TJ. Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Arch Dis Child*. 2005;90(11):1112-1116. doi:10.1136/ADC.2003.048462
  142. MCMAHON A. DAMNED IF YOU DO, DAMNED IF YOU DON'T : working in child welfare. 2020.
  143. He AS, Lizano EL, Stahlschmidt MJ. When doing the right thing feels wrong: Moral distress among child welfare caseworkers. *Child Youth Serv Rev*. 2021;122:105914. doi:10.1016/j.chilyouth.2020.105914
  144. Edmondson AC, Lei Z. Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav*. 2014;1:23-43. doi:10.1146/ANNUREV-ORGPSYCH-031413-091305
  145. Nembhard IM, Edmondson AC. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *J Organ Behav*. 2006;27(7):941-966. doi:10.1002/JOB.413
  146. O'Donovan R, McAuliffe E. Exploring psychological safety in healthcare teams to inform the development of interventions: Combining observational, survey and interview data. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1-16. doi:10.1186/S12913-020-05646-Z/FIGURES/1
  147. Held V. Can the Ethics of Care Handle Violence? *Ethics Soc Welf*. 2010;4(2):115-129. doi:10.1080/17496535.2010.484256
  148. Botes A. A comparison between the ethics of justice and the ethics of care. *J Adv Nurs*. 2000;32(5):1071-1075. doi:10.1046/J.1365-2648.2000.01576.X
  149. Confidentialité de la démarche - Faire un signalement au directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) | Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/protection-de-la-jeunesse/faire-un-signalement-au-dpj/confidentialite-de-la-demarche>. Accessed March 28, 2022.
  150. Comment faire un signalement au DPJ | Éducaloi. <https://educaloi.qc.ca/capsules/comment-faire-signalement-dpj/>. Accessed March 28, 2022.
  151. Walters D. Mandatory reporting of child abuse: Legal, ethical, and clinical implications within a Canadian

- context. *Can Psychol.* 1995;36(3):163-182. doi:10.1037/0708-5591.36.3.163
152. Mandatory reporting of child abuse and neglect | Child Family Community Australia.  
<https://aifs.gov.au/cfca/publications/mandatory-reporting-child-abuse-and-neglect>. Accessed March 28, 2022.
  153. RACUSIN RJ, FELSMAN JK. Reporting Child Abuse: The Ethical Obligation to Inform Parents. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1986;25(4):485-489. doi:10.1016/S0002-7138(10)60006-4
  154. Alvarez KM, Donohue B, Carpenter A, Romero V, Allen DN, Cross C. Development and preliminary evaluation of a training method to assist professionals in reporting suspected child maltreatment. *Child Maltreat.* 2010;15(3):211-218. doi:10.1177/1077559510365535
  155. Pietrantonio AM, Wright E, Gibson KN, Alldred T, Jacobson D, Niec A. Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abus Negl.* 2013;37(2-3):102-109. doi:10.1016/J.CHIABU.2012.12.007
  156. Tobler K, Grant E, Marczinski C. Evaluation of the impact of a simulation-enhanced breaking bad news workshop in pediatrics. *Simul Healthc.* 2014;9(4):213-219. doi:10.1097/SIH.0000000000000031
  157. Scaife J. Deciding Children's Futures : An Expert Guide to Assessments for Safeguarding and Promoting Children's Welfare in the Family Court. *Deciding Child Futur.* November 2012. doi:10.4324/9780203094136
  158. Foster RH, Olson-Dorff D, Reiland HM, Budzak-Garza A. Commitment, confidence, and concerns: Assessing health care professionals' child maltreatment reporting attitudes. *Child Abus Negl.* 2017;67:54-63. doi:10.1016/j.chiabu.2017.01.024
  159. Walsh K, Rassafiani M, Mathews B, Farrell A, Butler D. *Teachers' Attitudes toward Reporting Child Sexual Abuse: Problems with Existing Research Leading to New Scale Development.* Vol 19.; 2010. doi:10.1080/10538711003781392
  160. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Heal.* 2019;11(4):589-597. doi:10.1080/2159676X.2019.1628806
  161. Spector ND, Asante PA, Marcelin JR, et al. Women in pediatrics: Progress, barriers, and opportunities for equity, diversity, and inclusion. *Pediatrics.* 2019;144(5). doi:10.1542/PEDS.2019-2149/76985
  162. Fingarson AK, Flaherty EG, Sege RD. Improving physician identification and reporting of child abuse. *J Clin Outcomes Manag.* 2011;18(4):185-190. <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-79954477263&origin=inward&txGid=eea1f46ba12e42d9480aefef183ba852>. Accessed March 30, 2018.
  163. Ben Natan M, Faour C, Naamah S, Grinberg K, Klein-Kremer A. Factors affecting medical and nursing staff

- reporting of child abuse. *Int Nurs Rev.* 2012;59(3):331-337. doi:10.1111/J.1466-7657.2012.00988.X
164. Raman S, Holdgate A, Torrens R. Are our Frontline Clinicians Equipped with the Ability and Confidence to Address Child Abuse and Neglect? *Child Abus Rev.* 2012;21(2):114-130. doi:10.1002/CAR.1180
  165. Eldridge SM, Ashby D, Kerry S. Sample size for cluster randomized trials: effect of coefficient of variation of cluster size and analysis method. *Int J Epidemiol.* 2006;35(5):1292-1300. doi:10.1093/ije/dyl129
  166. Yehuda Y Ben, Attar-Schwartz S, Ziv A, Jedwab M, Benbenishty R. Child abuse and neglect: reporting by health professionals and their need for training. *Isr Med Assoc J.* 2010;12(10):598-602. <https://europepmc.org/article/med/21090514>. Accessed April 19, 2022.
  167. Hayward RM, Tuckey MR. Emotions in uniform: How nurses regulate emotion at work via emotional boundaries. *Hum Relations.* 2011;64(11):1501-1523. doi:10.1177/0018726711419539
  168. Lee PY, Fraser JA, Chou FH. Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci.* 2007;23(3):128-137. doi:10.1016/S1607-551X(09)70387-0
  169. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globler G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-311. doi:10.1634/THEONCOLOGIST.5-4-302
  170. Griffith AK. Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. *J Fam Violence.* 2020. doi:10.1007/S10896-020-00172-2
  171. Vangeest J, Johnson TP. Surveying Nurses: Identifying Strategies to Improve Participation. *Eval Health Prof.* 34(4):487-511. doi:10.1177/0163278711399572
  172. Becker-Blease KA, Freyd JJ. The ethics of asking about abuse and the harm of “don’t ask, don’t tell.” *Am Psychol.* 2007;62(4):330-332. doi:10.1037/0003-066X.62.4.330
  173. Erisman JC, De Sabbata K, Zuiderent-Jerak T, Syurina E V. Navigating complexity of child abuse through intuition and evidence-based guidelines: A mix-methods study among child and youth healthcare practitioners. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):1-11. doi:10.1186/S12875-020-01226-6/FIGURES/1
  174. Sihota H, Oliffe J, Kelly MT, McCuaig F. Fathers’ Experiences and Perspectives of Breastfeeding: A Scoping Review. *Am J Mens Health.* 2019;13(3). doi:10.1177/1557988319851616
  175. Jaworski M, Janvier A, Lefebvre F, Luu TM. Parental Perspectives Regarding Outcomes of Very Preterm Infants: Toward a Balanced Approach. *J Pediatr.* 2018;200:58-63.e1. doi:10.1016/J.JPEDI.2018.03.006
  176. Zelcer S, Cataudella D, Cairney AEL, Bannister SL. Palliative Care of Children With Brain Tumors: A Parental Perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(3):225-230. doi:10.1001/ARCHPEDIATRICS.2009.284

177. Winger A, Kvarme LG, Løyland B, Kristiansen C, Helseth S, Ravn IH. Family experiences with palliative care for children at home: a systematic literature review. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):1-19. doi:10.1186/S12904-020-00672-4/TABLES/4
178. Pennaforte T, Moussa A, Loyer N, Charlin B, Audétat M-C. Exploring a New Simulation Approach to Improve Clinical Reasoning Teaching and Assessment: Randomized Trial Protocol. *JMIR Res Protoc*. 2016;5(1):e26. doi:10.2196/RESPROT.4938
179. Lizotte MH, Barrington KJ, Sultan S, et al. Techniques to communicate better with parents during end-of-life scenarios in neonatology. *Pediatrics*. 2020;145(2). doi:10.1542/PEDS.2019-1925/81675
180. Msc AAQ, Coyne I, Söderbäck M, Inger J, Hallström K. Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *J Clin Nurs*. 2019;28:4525-4537. doi:10.1111/jocn.15042
181. Carlsson IM, Arvidsson S, Svedberg P, et al. Creating a communication space in the healthcare context: Children's perspective of using the eHealth service, Sisom. *J Child Heal Care*. 2021;25(1):31-43. doi:10.1177/1367493520904804
182. Reading R, Bissell S, Goldhagen J, et al. Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9660):332-343. doi:10.1016/S0140-6736(08)61709-2
183. ccq-1991 - Code civil du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/ccq-1991>. Accessed April 26, 2022.
184. Gaucher N, Payot A. Focusing on relationships, not information, respects autonomy during antenatal consultations. *Acta Paediatr*. 2017;106(1):14-20. doi:10.1111/APA.13590



# Annexes

## Annexe 1. Articles pertinents de la LPJ<sup>35</sup>

[38.](#) Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

On entend par:

a) abandon: lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne;

b) négligence:

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux:

i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;

ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;

iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que l'enfant reçoive une instruction adéquate et, le cas échéant, pour qu'il remplisse son obligation de fréquentation scolaire prévue par la Loi sur l'instruction publique ([chapitre I-13.3](#)) ou par toute autre loi applicable;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°;

c) mauvais traitements psychologiques: lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, du contrôle excessif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;

d) abus sexuels:

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant toute forme d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant un risque sérieux d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

e) abus physiques:

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

f) troubles de comportement sérieux: lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

1977, c. 20, a. 38; 1981, c. 2, a. 8; 1984, c. 4, a. 18; 1994, c. 35, a. 23; 2006, c. 34, a. 14; 2016, c. 12, a. 36; 2017, c. 18, a. 18.

38.1. La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis:

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;

b) (paragraphe abrogé);

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

1984, c. 4, a. 18; 1992, c. 21, a. 221; 1994, c. 35, a. 24; 2017, c. 18, a. 19.

38.2. Toute décision visant à déterminer si un signalement doit être retenu pour évaluation ou si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis doit notamment prendre en considération les facteurs suivants:

a) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés;

b) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;

c) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant;

d) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.

2006, c. 34, a. 15.

38.2.1. Pour l'application de l'article 38.2, toute décision visant un signalement pour une situation de négligence sur le plan éducatif en lien avec l'instruction que reçoit un enfant ou en lien avec le respect de son obligation de fréquentation scolaire doit notamment prendre en considération les facteurs suivants:

a) les conséquences sur l'enfant de la non-fréquentation scolaire ou de l'absentéisme scolaire, notamment eu égard à sa capacité d'intégration sociale;

b) le niveau de développement de l'enfant en fonction de son âge et de ses caractéristiques personnelles;

c) les actions posées par les parents afin que l'enfant reçoive une instruction adéquate, notamment la supervision donnée à l'enfant sur le plan scolaire ainsi que la collaboration offerte aux ressources du milieu, dont celles du milieu scolaire;

d) la capacité des ressources du milieu de soutenir les parents dans l'exercice de leurs responsabilités et d'aider l'enfant à progresser dans ses apprentissages.

Lorsque la nature du signalement le justifie, l'appréciation de la capacité de l'enfant à réintégrer le système scolaire, l'évaluation de son développement sur le plan scolaire et les actions posées par les parents eu égard aux conditions dans

lesquelles il doit réaliser ses apprentissages dans un contexte d'enseignement à la maison doivent également être prises en considération. Ces facteurs doivent être considérés selon les modalités prévues à l'entente visée à l'article 37.8.

2017, c. 18, a. 20.

[38.3.](#) Aucune considération, qu'elle soit d'ordre idéologique ou autre, incluant celle qui serait basée sur une conception de l'honneur, ne peut justifier une situation prévue aux articles 38 et 38.1.

2016, c. 12, a. 37.

[39.](#) Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne oeuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes d et e du deuxième alinéa de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes a, b, c ou f du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Toute personne visée au présent article peut, à la suite du signalement qu'elle a effectué, communiquer au directeur toute information pertinente liée au signalement concernant la situation de l'enfant, en vue d'assurer la protection de ce dernier.

Les premier, deuxième et quatrième alinéas s'appliquent même aux personnes liées par le secret professionnel, sauf à l'avocat et au notaire qui, dans l'exercice de leur profession, reçoivent des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.

1977, c. 20, a. 39; 1981, c. 2, a. 9; 1984, c. 4, a. 19; 1994, c. 35, a. 25; 2006, c. 34, a. 16; 2017, c. 18, a. 21.

[39.1.](#) Toute personne qui a l'obligation de signaler une situation d'abus physiques ou d'abus sexuels en vertu de l'article 39 doit le faire sans égard aux moyens qui peuvent être pris par les parents pour mettre fin à la situation.

2006, c. 34, a. 17.

40 et 41 abrogés

[42.](#) Un adulte est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un enfant qui désire saisir les autorités compétentes d'une situation compromettant sa sécurité ou son développement, ceux de ses frères et soeurs ou ceux de tout autre enfant.

1977, c. 20, a. 42.

[43.](#) Une personne ne peut être poursuivie en justice pour des actes accomplis de bonne foi en vertu des articles 39 ou 42.

1977, c. 20, a. 43.

[44.](#) Nul ne peut dévoiler ou être contraint de dévoiler l'identité d'une personne qui a agi conformément aux articles 39 ou 42, sans son consentement.

[39.](#) Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne oeuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes d et e du deuxième alinéa de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes a, b, c ou f du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Toute personne visée au présent article peut, à la suite du signalement qu'elle a effectué, communiquer au directeur toute information pertinente liée au signalement concernant la situation de l'enfant, en vue d'assurer la protection de ce dernier.

Les premier, deuxième et quatrième alinéas s'appliquent même aux personnes liées par le secret professionnel, sauf à l'avocat et au notaire qui, dans l'exercice de leur profession, reçoivent des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.

## Annexe 2 : SPIKES

Outil SPIKES pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle, tel que proposé pour enseigner la divulgation d'un signalement (Pietrantonio 2013) :

**Setting / Contexte:** Avant le début de la conversation au sujet du signalement, il est essentiel de déterminer un lieu permettant de préserver la confidentialité et de minimiser les interruptions, pour tenter de préserver la dignité des adultes concernés, et ce même s'ils sont responsables de mauvais traitements. Les enfants concernés devraient être absents. Si des inquiétudes sont présentes quant à la sécurité des professionnels de la santé, d'autres ressources (autres intervenants, sécurité, etc.) devraient être disponibles. [ Les auteurs rappellent que bien que les craintes de représailles sont fréquentes, les gestes eux-mêmes sont rares. ]

**Perception / Perception :** Il est intéressant de s'enquérir auprès des personnes concernées quelles sont leurs propres perceptions de la situation. Les auteurs donnent l'exemple du retrait de l'enfant du milieu familial qui est l'issue que les familles craignent le plus lors de l'implication des services de protection de la jeunesse. De fournir de l'information par rapport au fait que les interventions de ces services ne mènent pas toutes à un placement peut parfois calmer la situation. « *More than just the ability to convey information, however, is the health professional's ability to listen to the caregiver's concerns and ensure they are addressed.* »<sup>155</sup> Cette étape est donc cruciale pour avoir une approche collaborative dénuée de jugement.

**Invitation / Invitation :** Dans la version originale de SPIKES, ce volet de l'approche impliquait que le soignant demande la permission au patient de lui communiquer des informations au sujet de sa santé. Bien sûr, dans un contexte de signalement, le consentement de la famille n'est pas requis pour effectuer le signalement. Cependant, d'informer le parent de l'intention de signaler offre l'opportunité au parent de se sentir impliqué dans ce processus, allant même parfois jusqu'à faire le signalement lui-même. L'« auto-signalement » peut favoriser un certain sentiment de contrôle dans une situation.

**Knowledge / Connaissances:** Les professionnels de la santé peuvent communiquer certaines informations médicales ayant mené à la décision de signaler. Il est important de nommer ses inquiétudes selon le degré de certitude médicale. « *In giving this information, it is important to: use simple language that the caregiver can understand, avoid medical jargon, avoid excessive bluntness, and give information in small pieces (facilitating comprehension).* »<sup>155</sup> Les verbatims suggérés incluent: « je suis inquiet.ète que quelqu'un ait pu faire du mal à votre enfant. »

**Emotions / Émotions:** Cet élément souligne l'importance de reconnaître les émotions de la famille, de les nommer et d'identifier leurs origines, mais surtout de faire comprendre à l'interlocuteur que ses émotions ont été comprises. Bien qu'il puisse être difficile de ne pas formuler de jugement, adopter une approche empreinte d'empathie et éviter les critiques sont un élément crucial de cet outil qui peut permettre de maintenir une certaine confiance dans la relation.

## Annexe 3 : Approbation éthique (2020-2006)



Le 16 juillet 2021

Docteur Nathalie Gaucher  
CHU Sainte-Justine

Objet	Autorisation de réaliser la recherche
	2020-2006 Enjeux éthiques du signalement de la maltraitance aux services de protection de la jeunesse dans un centre hospitalier pédiatrique de soins tertiaires Cochercheurs: Annie Janvier; Marie-Claude Levasseur; Barbara Beauchamp

Bonjour,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre dans notre établissement et/ou sous ses auspices.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement afin de compléter l'examen de convenance ainsi que la lettre du CER évaluateur. Si ce CER vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER évaluateur.

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CER évaluateur.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- 1) à vous conformer aux demandes du CER évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche;
- 2) à rendre compte au CER évaluateur et à la signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- 3) à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CER évaluateur;
- 4) à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CER évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- 5) à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CER évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec moi pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est. Vous pouvez aussi contacter notre CER en vous adressant au Bureau de l'éthique de la recherche (ethique.hsj@sss.gouv.qc.ca).

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur.

Veillez accepter mes sincères salutations.

Mariana DUMITRASCU  
Coordonnatrice du Bureau de l'éthique de la recherche  
CHU Sainte-Justine

Pour Marc Girard, M.D.  
Directeur des services professionnels (DAMU)  
Personne formellement mandatée au CHU Sainte-Justine pour autoriser la réalisation des projets de recherche

## Annexe 4 : Questionnaire

Q.1. Avez-vous déjà rencontré, dans le cadre de votre travail, des cas de suspicion de maltraitance (soit négligence, abus physique, abus sexuel, abus psychologique ou autre)?

- Oui
- Non

Q.2. Combien de fois avez-vous fait partie d'une équipe de soignants qui faisait un signalement aux services de protection de la jeunesse?

- Jamais
- < 5
- 5 à 10
- > 10

Q.3. Combien de fois avez-vous fait vous-même un signalement aux services de protection de la jeunesse?

- Jamais
- < 5
- 5 à 10
- > 10

Q.4. Avez-vous l'impression que les cas de maltraitance auxquels vous êtes exposés ont augmenté depuis le début de la pandémie à COVID-19?

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Énormément

Q.5. Avez-vous des préoccupations particulières en lien avec la maltraitance en période de pandémie à COVID-19? Si oui quelles sont-elles? (question à réponse ouverte courte)

Q.6. Avez-vous déjà été appelé à témoigner à la Cour dans le cadre de votre travail?

- Oui
- Non

Q.7. Selon vous, quelles sont les trois barrières les plus importantes qui rendent difficile le signalement de situations de possible maltraitance? (question à réponse ouverte courte)

Q.8. Selon vous, existe-t-il des alternatives au signalement?

- Oui
- Non

Q.9. Si vous croyez qu'il existe des alternatives au signalement, donnez des exemples. (question à réponse ouverte courte)

Q.10. 10. Veuillez répondre aux questions suivantes (22 affirmations) en lien avec votre pratique, (échelle de Likert : pas du tout d'accord, pas tout à fait d'accord, plutôt d'accord, tout à fait d'accord, je préfère ne pas répondre)

Je signale une situation de maltraitance quand j'en suspecte une.

J'appréhende signaler par crainte de représailles de la famille ou de la communauté.

J'appréhende signaler à cause de ce que les parents feront à l'enfant si elle/il est signalé(e).

Je suis familier(ière) avec le processus de signalement.

Signaler un cas de maltraitance fait partie de mes responsabilités professionnelles.

Signaler est nécessaire pour la sécurité des enfants.

Je me sens dépassé(e) émotionnellement à l'idée de signaler.

Je ne signalerais pas si je savais que l'enfant pourrait être retiré de la garde de ses parents

Le signalement en cas de maltraitance peut rendre disponibles des services aux enfants et à leur famille.

J'envisagerais de ne pas signaler par crainte de poursuite judiciaire.

Le signalement de la maltraitance est un sujet délicat.

Des protocoles de signalement sont nécessaires pour les professionnels de la santé.

Il est important que les professionnels de la santé s'impliquent dans le signalement pour protéger les enfants.

Je suis d'avis que le système actuel de signalement est efficace pour faire face à la problématique de la maltraitance.

Les professionnels de la santé qui signalent des situations de possible maltraitance qui s'avèrent non fondées risquent des conséquences négatives.

Le signalement est une perte de temps parce que personne ne fait le suivi du signalement.

Je signalerais une situation de maltraitance même si mes collègues n'étaient pas d'accord avec le signalement.

Les services de protection de la jeunesse ne répondent pas aux situations de maltraitance de façon efficace.

Dans le doute, je consulterais mes collègues avant de signaler une situation de maltraitance.

J'hésite à signaler parce qu'il est difficile d'obtenir suffisamment d'évidence.

Un signalement peut provoquer plus de violence d'un parent envers son enfant.

Signaler engendre pour moi un malaise.

Q.11. Avez-vous déjà divulgué à une famille que vous alliez faire un signalement aux services de protection de la jeunesse?

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais fait de signalement à la DPJ

Q.12. Pensez-vous qu'une personne qui signale une situation aux services de protection de la jeunesse devrait divulguer ses intentions à la famille?

- Jamais
- Rarement
- Autant que possible
- Toujours

Q.13. Nommez jusqu'à 3 raisons pour lesquelles un professionnel de la santé ne divulguerait pas son intention de signaler à une famille. (question à réponse ouverte courte)

Q.14. Pendant votre formation professionnelle avez-vous reçu de l'enseignement au sujet de la maltraitance pédiatrique ?

- Non, aucun enseignement à ce sujet
- Oui, mais enseignement insuffisant à mon avis
- Oui, enseignement reçu suffisant

Q.15. Pendant votre formation professionnelle avez-vous reçu de l'enseignement au sujet de comment faire un signalement à la protection de la jeunesse ?

- Non, aucun enseignement à ce sujet
- Oui, mais enseignement insuffisant à mon avis
- Oui, enseignement reçu suffisant

Q.16. Depuis que vous exercez votre métier, avez-vous reçu de la formation continue au sujet de la maltraitance et de son signalement aux services de protection de l'enfance ?

- Non, aucune formation continue à ce sujet
- Oui, mais formation insuffisante à mon avis
- Oui, formation reçue suffisante
- Ne s'applique pas à ma situation

Q.17. Aimeriez-vous recevoir plus d'enseignement ou de formation continue entourant les sujets de la maltraitance pédiatrique et du signalement ?

- Oui
- Non

Q.18. Si vous avez des suggestions ou des commentaires par rapport à l'enseignement ou à la formation continue entourant la maltraitance pédiatrique et son signalement svp nous en faire part. (question à réponse ouverte courte)

Q.19. Quel âge avez-vous?

- 25 ans
- 25-30 ans
- 30 -45 ans
- 45-60 ans
- > 60 ans

Q.20. À quel genre vous identifiez-vous ?

- Homme
- Femme
- Autre ou non binaire
- Préfère ne pas répondre

Q.21. Quelle catégorie raciale / ethnie vous décrit le mieux ?

- Noire
- Asiatique de l'Asie de l'Est et du Sud-Est
- Asiatique de l'Asie du Sud
- Autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuk/Inuit)
- Latino
- Moyen-Orient
- Blanc
- Autre catégorie raciale
- Préfère ne pas répondre

Q.22. Avez-vous des enfants?

- Oui
- Non

Q.23. Quelle est votre profession actuelle?

- Infirmier.ière
- Médecin
- Médecin résident

Q.24. Depuis combien de temps exercez-vous votre métier?

- < 5 ans
- 5-10 ans
- > 10 ans

Q.25. Quel est votre cheminement actuel?

- Travail en pédiatrie générale CHUSJ
- Travail à l'urgence CHUSJ
- Travail en néonatalogie CHUSJ
- Résidence de pédiatrie
- Autre

## Annexe 5 : Lettre d'introduction et consentement

Ce questionnaire a été développé dans le cadre d'un projet de recherche s'intéressant aux opinions et perspectives des médecins et infirmiers(ières) du Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) entourant le signalement de la maltraitance aux services de protection de la jeunesse. Nous sommes intéressés à mieux comprendre ce qui peut le rendre difficile. Ce questionnaire prend environ 5 à 15 minutes à compléter et vos réponses sont entièrement anonymes.

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CHUSJ.

Votre participation est libre et volontaire. En remplissant ce questionnaire, vous consentez à participer à cette étude.

Merci !

Clara Low-Décarie (chercheuse principale) et Nathalie Gaucher (directrice de Maîtrise)

---

### Définitions

Dans ce questionnaire, le terme signalement ou signaler réfère à l'action de signaler une situation de maltraitance aux autorités de protection de l'enfance.

Le terme maltraitance réfère au mauvais traitement d'un enfant, qu'il soit un acte ou une omission, qui résulte en un tort potentiel, en une menace de tort ou en un tort réel à la santé, au développement ou à la dignité d'un enfant.

La maltraitance prend différentes formes : abus physique, abus sexuel, abus psychologique ainsi que négligence matérielle ou émotive, abus en contexte médical, etc.

---

### Ressources disponibles

Si répondre à ce questionnaire suscite de la détresse chez vous, nous vous encourageons à consulter les ressources suivantes rapidement pour de l'aide :

- Médecins:
  - <http://www.pamq.org/fr/> (Programme d'aide aux médecins du Québec – PAMQ)
- Médecins résidents :
  - <https://md.umontreal.ca/etudiants/bureau-daide-aux-etudiants-residents-baer/> (Programme d'aide aux étudiants et résidents de l'Université de Montréal – BAER)
  - <http://www.pamq.org/fr/> (Programme d'aide aux médecins du Québec – PAMQ)
- Infirmiers et infirmières :
  - [https://www.chusj.org/Professionnels-de-la-sante/Employes/Employes\\_lock/programme-aide?t= NW](https://www.chusj.org/Professionnels-de-la-sante/Employes/Employes_lock/programme-aide?t= NW) (programme d'aide du CHU Sainte-Justine)
  - <https://www.oiiq.org/service-aux-clienteles> (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec) Courriel : [infirmiere-conseil@oiiq.org](mailto:infirmiere-conseil@oiiq.org)
- Infirmiers et infirmières auxiliaires:
  - [https://www.chusj.org/Professionnels-de-la-sante/Employes/Employes\\_lock/programme-aide?t= NW](https://www.chusj.org/Professionnels-de-la-sante/Employes/Employes_lock/programme-aide?t= NW) (programme d'aide du CHU Sainte-Justine)
  - <https://www.oiaq.org> (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec) Courriel : [service.conseil@oiaq.org](mailto:service.conseil@oiaq.org)

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur le signalement de la maltraitance, le site suivant offre plusieurs ressources : <http://observatoiremaltraitance.ca>

Par ailleurs, le pamphlet « Faire un signalement au DPJ, c'est déjà protéger un enfant – Quand et comment signaler? » produit par le Ministère de la santé et des services sociaux explique bien le processus de signalement au Québec:

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000895/>