

L'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique : Réflexion sur les communications entre les professionnels de la santé et les partenaires à l'Entente

Lors du 5^e Colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents, tenu à Montréal les 13 et 14 octobre 2011, nous (Claire Allard-Dansereau, pédiatre à la Clinique de pédiatrie sociojuridique du CHU Sainte-Justine, et Anne de Ravinel, avocate au CHU Sainte-Justine) avons présenté un atelier portant le titre « Entente multisectorielle : Questionnements juridiques relatifs aux communications entre les professionnels de la santé et les autres partenaires à l'entente ». La discussion qui s'ensuivit fut fort animée. Nous présentons ici un résumé des principaux enjeux discutés à la demande Madame Marie-Josée Dufour du MSSS.

L'origine de la réflexion

Notre réflexion sur ce sujet tire sa source du constat que nous avons pu faire de l'existence d'importants écarts entre, d'une part, les objectifs de l'Entente multisectorielle¹ et son application terrain, et d'autre part le cadre juridique encadrant les communications entre les professionnels de la santé et les partenaires à l'Entente.

En effet, nous avons été à même de constater à plusieurs reprises que dans le cadre de la mise en œuvre de l'Entente, les médecins et autres professionnels de la santé tels que les travailleurs sociaux des hôpitaux, les infirmières, des psychologues etc. se retrouvent parfois dans des situations où leur collaboration avec les acteurs-clé de l'entente que sont la DPJ et les services policiers, se voit limitée par leurs obligations déontologiques en matière de secret professionnel. Ceci est particulièrement vrai lors de l'investigation de cas suspectés de maltraitance physique.

L'Entente multisectorielle : un protocole axé sur la communication

L'Entente multisectorielle, conclue en 2001, est définie comme consistant en un « engagement d'agir en concertation dans des situations mettant en cause des enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement de ces enfants est compromis et qu'un crime a été commis à leur endroit »².

Dans cette optique de *concertation*, qui semble être le pivot de l'entente, l'un des objectifs qui y est formulé explicitement est de « favoriser la transmission d'information en clarifiant

¹Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique [ci-après « l'Entente »].

²Ibid. à la p. 15.

Commission de la santé et des
services sociaux

Déposé le : 9 juin 2017
No : CSSS-092
Secrétaire : Carolynne Paquet

les règles d'application relatives à la confidentialité »³. Plus loin, l'Entente reprend cet objectif dans ses conditions d'application, énonçant qu'« une communication constante entre les personnes appelées à intervenir est indispensable au bon fonctionnement de l'entente. [...] Ces personnes doivent, à toutes les étapes, fournir les éléments d'information pertinents qui relèvent de leurs compétences »⁴.

La communication entre les parties à l'Entente est donc la pierre angulaire de celle-ci et apparaît être une condition *sine qua non* à l'atteinte de ses objectifs. Mais le cadre juridique ne semble pas être adéquatement arrimé à cette volonté, et ne permet pas aux établissements de santé (partenaires à l'Entente) et aux professionnels qui y œuvrent, de réaliser cette communication avec la DPJ et les corps policiers, pourtant nécessaire pour la protection de l'enfant.

Le cadre juridique : des balises strictes limitant la communication

L'Entente multisectorielle, son nom l'indique, n'est pas une loi mais bien un protocole. Le cadre juridique applicable aux communications que peuvent avoir les professionnels de la santé est quant à lui bien strict⁵. Et le droit fondamental de chacun au respect du secret professionnel, prévu à la *Charte des droits et libertés de la personne*,⁶ a préséance sur l'entente. Il faut une disposition expressément prévue par la loi pour que l'on puisse y faire exception.

La *Loi sur la Protection de la Jeunesse*⁷ prévoit justement une exception au secret professionnel, en spécifiant que l'obligation de signalement au DPJ s'applique même aux personnes tenues au secret professionnel.

Mais une fois le signalement retenu pour un enfant, lorsque l'on passe à l'étape de l'évaluation, la *Loi sur la Protection de la Jeunesse* ne comporte aucune autre exception au secret professionnel permettant la poursuite de l'échange d'informations avec le DPJ. Certes, le DPJ jouit de droits d'accès au dossier de l'utilisateur⁸, et pourra de cette manière obtenir les informations consignées au dossier par les professionnels. Mais un droit d'accès au dossier n'est pas équivalent à une levée du secret professionnel, et ne permet pas explicitement aux professionnels d'ajouter des informations ou d'interpréter de nouvelles informations qui leur seraient soumises quant à la situation de l'enfant une fois le signalement retenu.

En ce qui a trait aux possibles communications avec les services policiers, aucune exception dans la loi ne permet aux professionnels de communiquer des renseignements, outre

³Ibid. à la p. 13.

⁴Ibid. à la p. 17.

⁵Ce cadre résulte de l'application de la *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q. c. C-12, du *Code des professions*, L.R.Q. c. C-26 et des différents codes de déontologie des professionnels de la santé.

⁶Art. 9.

⁷L.R.Q. c. P-34.1, à l'article 39, par. 4.

⁸Ibid, aux articles 35.4 et 36.

lorsque la communication vise à prévenir un danger imminent de mort ou de blessures grave (des cas très rares, d'autant plus qu'à l'étape de l'évaluation, le danger imminent aura normalement été écarté). Les professionnels n'ont donc pas de base légale leur permettant de poursuivre l'échange d'informations au-delà du signalement.

Seuls les médecins disposent d'un mécanisme leur permettant de communiquer avec les autorités policières dans les situations touchant des enfants. En effet, leur *Code de déontologie* prévoit à son article 39, al. 2 que « Le médecin peut en outre signaler lui-même aux autorités policières la situation d'un enfant dont l'intégrité physique ou la vie lui apparaît susceptible d'être compromise »⁹. À noter qu'encore ici, il n'est question que de « signaler ». Cette disposition avait été réclamée au Collège des Médecins du Québec il y a quelques années, suite justement à une situation d'abus physique grave à un enfant.

De plus, les médecins jouissent de par leur Code de déontologie d'une latitude un peu plus grande que les autres professionnels de la santé, ayant la possibilité de divulguer des renseignements confidentiels lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage¹⁰.

La réalité du terrain : une nécessaire communication

Comme nous avons voulu le démontrer par notre présentation lors du *Colloque sur la maltraitance*, la réalité démontre que si l'on vise en arriver à protéger adéquatement l'enfant, dans bien des cas, la bonne application de l'Entente requiert la poursuite d'une communication parfois constante entre les professionnels de la santé et les autres partenaires (policiers et DPJ), bien au-delà des maigres exceptions prévues par la loi.

Ainsi, dans les cas d'abus physiques ou sexuels, l'expertise des professionnels de la santé, et l'interprétation qu'ils peuvent faire des lésions, sont de précieux outils, souvent indispensables pour le travail d'enquête des policiers comme des travailleurs sociaux de la DPJ. Certes, l'interprétation donnée par les médecins des lésions peut permettre aux policiers de conclure à des gestes possiblement de nature criminelle mais inversement aussi, les médecins peuvent obtenir des policiers certains éléments d'enquête qui orientent davantage vers une nature accidentelle de certaines lésions. Par exemple, des photographies précises des lieux où se serait déroulé l'incident, des mesures détaillées de certains objets **à la demande des médecins** (ex. : de la hauteur d'un bain où un enfant se serait brûlé, expérience terrain de la probabilité qu'une certaine séquence accidentelle puisse avoir eu lieu etc.), peuvent modifier l'interprétation des lésions par le médecin. Au-delà des éléments suffisants pour un signalement DPJ, la communication entre les divers partenaires de l'entente multisectorielle doit donc se poursuivre.

D'ailleurs, l'apport spécifique du médecin est expressément reconnu dans l'Entente : « [...] ce dernier peut contribuer de façon déterminante à l'élaboration de la preuve. C'est en effet

⁹Code de déontologie des médecins, L.R.Q. c. M-9, r. 17

¹⁰Ibid, art. 20 par. 5.

le seul professionnel qui soit en mesure d'interpréter les lésions physiques et la présence de maladies présentées par la victime et d'en déterminer la cause »¹¹.

Il y a là une reconnaissance du rôle clé que peuvent jouer les médecins, ce qui met encore davantage en lumière la nécessité pour eux de pouvoir collaborer à l'enquête en tout respect de leurs obligations déontologiques.

Il en va de même des autres professionnels de la santé, (infirmières, travailleurs sociaux, psychologues) qui ne sont pas spécifiquement nommés dans l'Entente, mais pour lesquels l'expérience démontre que tant la DPJ que les policiers ont régulièrement besoin d'informations qu'ils détiennent pour faire progresser l'évaluation ou l'enquête.

En somme, en pratique, les professionnels se retrouvent coincés entre leurs obligations déontologiques et leur volonté de participer à l'Entente, pour assurer ultimement le meilleur intérêt de l'enfant.

Des pistes de solutions

Nous avons soulevé dans notre présentation au Colloque l'existence chez nos voisins américains de certaines dispositions de leur loi fédérale HIPPA¹² qui reconnaît spécifiquement la problématique discutée. Décrite dans un article de l'American Academy of Pediatrics intitulé « Child Abuse and Confidentiality »¹³, cette loi étend l'obligation de divulgation des pédiatres dans les cas de suspicion d'abus, leur permettant de communiquer l'information aux services policiers. La communication qui est alors permise inclut toutes les informations relatives à la santé qui sont importantes dans l'enquête. On y prévoit également spécifiquement que les informations fournies par les parents en lien avec la santé de leur enfant et les blessures peuvent être divulguées, et que les parents seront informés de cette communication seulement si cela ne compromet pas le bien-être et la sécurité de l'enfant.

Des mesures équivalentes paraissent à notre avis nécessaires chez-nous. Au risque de se répéter, l'un des éléments-clé de l'Entente est de « favoriser la transmission d'information en clarifiant les règles d'application relatives à la confidentialité ».

Il nous semblerait donc fort à propos que les correctifs législatifs requis soient apportés, afin de refléter le rôle réel que jouent, ou que devraient jouer, les professionnels de la santé dans le cadre de l'application de l'Entente multisectorielle. Comme nous l'avons souligné, bien souvent, la bonne marche de l'évaluation et de l'enquête ne peuvent se faire sans que les professionnels de la santé n'échangent des informations avec la DPJ et les services policiers. L'ouverture très limitée que permet le signalement, et les exceptions dont

¹¹Entente multisectorielle, à la p. 32.

¹²*Health Insurance Portability and Accountability Act*, Pub.L. 104-191, 110 Stat. 1936, enacted August 21, 1996.

¹³AAP Pediatrics 2010;125(1):197-201

jouissent les médecins, ne sont pas suffisantes pour la réalisation des objectifs de l'Entente. Le professionnel fait alors face à un dilemme : collaborer, et risquer d'enfreindre ses obligations déontologiques (avec les conséquences qui peuvent en découler), ou respecter la loi, et risquer de nuire à l'évaluation, à l'enquête, et ultimement, à l'enfant.

Il n'est pas normal selon nous que les professionnels de la santé aient à vivre pareil tiraillement.

Nous espérons que ces réflexions vous seront utiles. Ce document se veut un résumé des difficultés vécues. Au besoin, il nous fera plaisir d'exposer plus en détails les difficultés juridiques rencontrées, et leur impact concret sur les professionnels de la santé, et sur leur collaboration à l'Entente multisectorielle. Nous demeurons évidemment disponibles pour poursuivre la discussion sur le sujet.

Claire Allard-Dansereau, md, FRCP(C)
Responsable, clinique de pédiatrie sociojuridique
CHU Sainte-Justine
claire.allard-dansereau.hsj@ssss.gouv.qc.ca
514-345-4866

Anne de Ravinel, avocate
Bureau de la direction générale - Planification et développement
CHU Sainte-Justine
anne.de.ravinel.hsj@ssss.gouv.qc.ca
514 345-4931, poste 7157

12 décembre 2012

cc Madame Marie-Josée Dufour, MSSS
Madame Marie-Josée Larochelle, MSSS
Me Jean Théorêt, directeur Commission des Droits de la Personne et de la Jeunesse, secteur jeunesse
Dr Marc Girard, directeur, Direction des affaires médicales et universitaires, CHU Sainte-Justine
Dr Jean-Yves Frappier, directeur, département de Pédiatrie, CHU Sainte-Justine

