



**CHU Sainte-Justine**  
*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*

Université   
de Montréal

CAS - 16 M  
C.G. - P.L. 125  
PROTECT. JEUNESSE

## **Projet de loi 125 –**

### ***Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives***

#### **Mémoire du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine**

**présenté à la Commission des affaires sociales**

- **Secteur de pédiatrie sociale**
  - **Clinique d'évaluation multidisciplinaire attachement – comportement**
  - **Clinique de pédiatrie socio-juridique**
  - **Maltraitements - Section de médecine de l'adolescence**
- **Service de pédopsychiatrie**

**Le 8 décembre 2005**

## Table des matières

Liste des collaborateurs

Avant propos

RÉSUMÉ ..... 3

**PARTIE I - L'attachement : un processus essentiel au développement**

**de l'enfant** ..... 4

❖ Introduction ..... 4

❖ L'attachement : un processus essentiel au développement de l'enfant..... 5

❖ Éviter l'ambiguïté ..... 7

❖ En bref..... 8

**PARTIE II – Protection de la jeunesse et santé : deux réseaux au**

**service de l'enfant**..... 11

Introduction..... 12

a) l'article 38 L.P.J. et la définition de la compromission de la sécurité  
ou du développement de l'enfant ..... 13

b) la confidentialité et la divulgation de renseignements permettant  
une évaluation de santé adéquate ..... 16

(i) *La divulgation de renseignements par le DPJ aux intervenants* ..... 16

(ii) *La divulgation d'information au DPJ par l'établissement*..... 17

c) l'évaluation des besoins de santé des enfants et adolescents pris en  
charge..... 19

d) l'hébergement obligatoire en centre hospitalier qui peut être exigé par le  
DPJ ou le tribunal..... 21

e) le consentement aux soins..... 24

**Conclusion** ..... 26

## Liste des collaborateurs

Ont participé à la rédaction de ce mémoire, par ordre alphabétique :

**Dr Johanne Boivin, pédopsychiatre**

**Dr Claire Allard-Dansereau, pédiatre**

**Mme Line Déziel, gestionnaire clinico-administratif**

**Dr Gilles Fortin, pédiatre**

**Dr Jean-Yves Frappier, pédiatre**

**Dr Patricia Garel, pédopsychiatre**

**Dr Yvon Gauthier, pédopsychiatre**

**Dr Gloria Jeliu, pédiatre**

**Me Anne de Ravinel**

**M. Raymond Roberge, Planification et communications**

**L'équipe de pédiatrie socio-juridique**

## Avant-propos

Madame la Ministre,  
Membres de la Commission des affaires sociales,

Plus de 25 ans après l'adoption de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, procéder à une réforme apparaît comme une nécessité aux yeux de tous les intervenants impliqués dans son application. À cet égard, le Projet de loi 125 amorce une démarche des plus souhaitables et le CHU Sainte-Justine ne peut que saluer cette initiative. Nous accueillons avec enthousiasme le projet proposé, qui constitue un progrès important et table sur des objectifs fondamentaux en lien avec la protection de l'intérêt des enfants.

Dans ce contexte, nous tenons à assurer la Commission des affaires sociales de l'appui du CHU Sainte-Justine dans ce processus. Plusieurs experts du CHU Sainte-Justine ont déjà participé aux travaux préparatoires au projet de loi, et nous en sommes fiers. Nous tenons à poursuivre cette collaboration en suggérant au législateur de porter une attention particulière à un certain nombre de préoccupations afin de parfaire la réforme en cours. C'est dans ce contexte que vous trouverez dans le présent mémoire les suggestions de quelques uns de nos experts, qui sont en contact au quotidien avec la réalité des enfants et des adolescents en difficulté et ont à cœur l'amélioration du cadre législatif assurant leur protection et leur développement.



---

**Khiem Dao**  
Directeur général  
CHU Sainte-Justine

## Résumé

Le mémoire du CHU Sainte-Justine est divisé en deux sections. La première partie étudie la notion d'attachement et explique toute l'importance de ce processus dans le développement des enfants. Cette partie se veut un appui à la volonté du législateur de favoriser l'élaboration d'un projet de vie permanent lorsqu'un enfant connaît une période d'hébergement, afin de lui assurer davantage de continuité et de stabilité dans son milieu de vie.

La seconde partie de ce mémoire aborde plusieurs aspects de la loi qui interpellent tout particulièrement les professionnels de la santé, soit a) la définition de la compromission; b) l'échange des renseignements entre le DPJ, les professionnels et l'établissement; c) l'évaluation des besoins de santé des enfants et adolescents pris en charge; d) la question de l'obligation du centre hospitalier d'accepter un hébergement exigé par le DPJ ou le tribunal et e) la problématique du consentement aux soins. Au regard des pratiques et expériences vécues au CHU Sainte-Justine, diverses suggestions sont formulées en lien avec ces points.

## **PARTIE I - L'attachement : un processus essentiel au développement de l'enfant**

**Auteurs : Dr Gilles Fortin, Dr Yvon Gauthier et Dr Gloria Jeliu**

### **Clinique d'évaluation multidisciplinaire attachement-comportement**

Les Dr Gloria Jeliu, Yvon Gauthier et Gilles Fortin sont les fondateurs de la **Clinique de l'attachement** de l'hôpital Saint-Justine, créée il y a dix ans pour répondre aux immenses besoins des enfants de moins de cinq ans suivis par le Centre jeunesse de Montréal ainsi que par plusieurs autres centres jeunesse du Québec. À cette clinique, plus de 500 enfants ont été rencontrés dans le but de conseiller les intervenants des centres jeunesse sur les meilleures mesures à proposer pour favoriser le développement de ces jeunes enfants, prévenir et traiter les troubles d'attachement très fréquents chez cette clientèle. Ces trois médecins et l'équipe interdisciplinaire qui les accompagnent ont donné plusieurs conférences et sessions de formation sur l'attachement et la maltraitance envers les enfants dans tout le Québec. Ils ont joué un rôle majeur dans l'intégration des principes de la théorie de l'attachement aux pratiques psychosociales actuelles.

Le Dr Gloria Jeliu, pédiatre au CHU Sainte-Justine depuis 40 ans, est spécialisée dans le développement de l'enfant. Son collègue, le Dr Yvon Gauthier, pratique la pédo-psychiatrie au même hôpital depuis plus de 35 ans, alors que le Dr Gilles Fortin, neurologue et pédiatre, fut responsable de la Clinique de pédiatrie socio-juridique et du Programme santé enfance jeunesse du CHU Sainte-Justine en plus de sa participation à la Clinique de l'attachement où il continue toujours d'exercer.

### **Introduction**

Vingt-cinq ans après l'adoption de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, nous tenons d'abord à féliciter le législateur de la réforme qui nous est proposée ici aujourd'hui. Une réforme devenue nécessaire non seulement pour tenir compte de l'évolution des pratiques, mais aussi pour refléter l'avancement des connaissances scientifiques liées au développement neuro-psychologique des jeunes enfants en situation de protection.

À titre d'experts en pédiatrie du développement, en neurologie et en pédopsychiatrie, nous accueillons avec enthousiasme l'orientation générale du projet de loi qui fait de l'intérêt de l'enfant son principe directeur. Pour avoir maintes fois constaté les effets néfastes de ce qu'on a surnommé le 'ballottage' d'une famille d'accueil à l'autre, nous

saluons tout changement de cap visant à offrir plus de stabilité et de continuité aux enfants que le DPJ a pris sous son aile.

Nous avons fondé, il y a dix ans, la Clinique de l'attachement du CHU Sainte-Justine pour conseiller les intervenants des centres jeunesse s'occupant d'enfants aux prises avec des problèmes complexes de développement. Depuis, nous avons observé et examiné près de 500 enfants meurtris par une vie amorcée dans des milieux familiaux inadéquats et compliquée par des placements à répétition. Chaque jour, nous avons des preuves cliniques des torts qu'engendrent ces mesures temporaires favorisées par notre régime actuel de protection, et qui se répercutent par des troubles graves et multiples, aussi bien du développement que du comportement chez les petits protégés des centres jeunesse.

C'est pourquoi nous insisterons sur l'importance du processus d'attachement dans le développement des enfants. Nous mettrons ensuite en lumière les articles du projet de loi qui, à notre avis, demeurent ambigus face à cette réalité importante et ne nous assurent en rien que les erreurs du passé ne se répéteront pas.

### **L'attachement : un processus essentiel au développement de l'enfant**

L'importance de l'attachement dans le développement normal des jeunes enfants est connue et l'objet d'études scientifiques depuis les années 50. D'après la théorie de l'attachement, c'est entre l'âge de 8 et 24 mois que se situe la période critique où se construit chez le tout-petit un lien émotif significatif avec la personne qui lui procure quotidiennement l'affection et les soins essentiels à son bien-être physique.

On sait aujourd'hui que ce lien privilégié est non seulement nécessaire au bien-être immédiat des nourrissons, mais qu'il joue en sus un rôle clé dans le développement de zones du cerveau qui participent au contrôle des émotions. En effet, avant l'âge de 18 mois, les interactions du poupon avec un adulte aimant lui procurent les stimuli essentiels pour enclencher la maturation de son cerveau et le développement

harmonieux de certains circuits neuronaux, notamment ceux des régions du système limbique (Gauthier et Fortin 2004).

Ce processus d'attachement, qui permet de jeter les bases biologiques de la capacité d'apprentissage de l'enfant, se développe très précocement au cours des deux premières années de la vie (Marvin et Britner, 1999). Il a en effet été démontré qu'après l'âge de trois ans, si l'enfant a été soumis à un environnement toxique et ballotté entre plusieurs familles d'accueil, cette capacité d'attachement est de beaucoup diminuée et met en péril l'équilibre émotionnel des enfants. Leur développement cognitif et social en est significativement et souvent irrémédiablement compromis (Shonkoff et Philips 2000).

Par ailleurs, nous avons fréquemment observé à notre clinique des enfants qui s'étaient heureusement attachés à des parents d'accueil, soit très tôt après la naissance, soit après avoir vécu un certain temps dans un milieu familial pathogène et finalement placés en famille d'accueil. Toute rupture des liens d'attachement ainsi créés dans le milieu d'accueil pour retourner dans leur milieu d'origine est pour ces enfants un événement profondément traumatique. On observe chez eux des comportements régressifs, une grande insécurité affective et une stagnation de leur développement. Leur estime de soi et leur capacité d'attachement en sont souvent irrémédiablement compromises.

Ce fut notamment le cas d'André, né d'une mère toxicomane et placé dès sa naissance, que nous avons examiné à notre clinique pour la première fois à l'âge de 25 mois, puis à trois ans. Ce petit avait un attachement très grand à sa famille d'accueil et s'était développé parfaitement jusqu'au jour où, à 22 mois, le Tribunal a ordonné des visites programmées et des séjours brefs chez la mère biologique qui s'était entre-temps réhabilitée. Nous avons vu apparaître une insécurité profonde chez André : éveils nocturnes, besoin de se tenir constamment près de sa mère d'accueil, et refus d'aller jouer dehors, refus de s'habiller pour aller chez sa mère naturelle. Nous avons rapidement constaté que toute tentative de déplacer cet enfant aurait conduit à un deuil majeur et à une difficulté à s'attacher de façon significative à sa mère naturelle, qu'il

perçoit encore comme une menace. Il fut donc proposé qu'André soit confié jusqu'à sa majorité au milieu d'accueil, tout en accordant des droits de visite à la mère.

Les tout-petits incapables de créer des liens émotifs stables avec un adulte présentent de nombreux troubles de comportement (Steinhauer, 1991) et souffrent fréquemment de psychopathologies à l'adolescence (dépression chronique, comportements anti-sociaux, faible estime de soi, etc.) (Carlson et al, 1998). Comme d'autres chercheurs, nous avons maintes fois constaté la régression des enfants réunifiés à leur famille d'origine lorsque cette réintégration se fait en rompant les liens qui se sont créés dans une famille d'accueil stable (Taussig et al. 2001).

Les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement évolueront plus tard en adultes qui seront à leur tour des parents absents ou négligents, perpétuant ainsi le cycle de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance.

### **Éviter l'ambiguïté**

À la lumière de ces constats cliniques, nous considérons que certains articles du projet de loi comportent une ambiguïté qui risque de favoriser le statu quo. Par leur imprécision, ces dispositions ouvrent la voie à une interprétation pouvant aller à l'encontre de l'intérêt de l'enfant et de la notion d'attachement.

- L'article 4 du projet de loi statue que *toute* décision de la loi « doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial ». Si ce retour n'est pas possible, il est prévu qu'une décision doit être prise pour assurer la continuité des soins « à plus long terme ». La cohabitation de ces deux notions contradictoires soulève d'emblée l'équivoque quant aux intentions du législateur. Floue, l'expression « à plus long terme » laisse trop de latitude sur la durée des mesures à prendre. Le texte devrait donc dire « à long terme » ou « à très long terme » pour ainsi mieux évoquer la notion de projet de vie.
- Les articles 53 et 91.1 du projet de loi souffrent de la même ambiguïté. Ils reprennent des termes similaires, notamment la « continuité et la stabilité des liens à plus long

terme », pour définir quelles mesures doivent être ordonnées après un placement d'un an, pour un enfant de moins de 2 ans, de 18 mois, pour un enfant de 2 à 5 ans, et de 2 ans, pour enfants de 6 ans et plus. À ces âges, nous considérons qu'il est impératif d'élaborer une solution permanente.

À cet égard, nous déplorons que le concept de « projet de vie », une des pierres d'assise du rapport Dumais qui a inspiré la présente refonte, ait été éliminée du texte de loi actuel. Ce concept de projet de vie, assorti de délais déterminés, avait le mérite d'obliger le directeur de la protection de la jeunesse et la Chambre de la jeunesse à se pencher très tôt sur des mesures visant à donner aux enfants une stabilité jusqu'à leur majorité.

À notre avis, une loi ambiguë dans ses termes risque d'envoyer un message flou, tant aux intervenants qu'aux tribunaux, et pourrait compromettre les objectifs louables qu'avait en tête la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation, en lançant cette réforme.

#### **En bref**

- Compte tenu des données scientifiques qui permettent d'affirmer qu'un attachement stable confiant est essentiel au développement harmonieux des jeunes enfants et des futurs adultes
- Compte tenu que ce processus d'attachement se développe précocement entre l'âge de 6 et 24 mois et qu'il est difficilement récupérable passé un certain âge,
- Compte tenu que la rupture des liens d'attachement de qualité établis tôt dans la vie entraîne le plus souvent des problèmes majeurs de développement et de comportement qui persisteront à l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte,
- Compte tenu que nos observations cliniques confirment que les enfants qui ont évolué de façon stable dans une famille d'accueil sont gravement perturbés quand ils sont retournés dans leur famille naturelle,

Nous vous recommandons de préciser les termes de la loi pour favoriser le maintien à long terme des jeunes enfants dans les milieux où ils ont le mieux évolué.

Nous sommes par ailleurs très conscients de la nécessité d'aider, le plus tôt possible, durant leur grossesse et très tôt dans la vie de l'enfant, les familles à très haut risque social, qui représentent la grande majorité de la clientèle des centres jeunesse. D'importantes recherches (Olds et al, 1997) ont démontré que l'abus et la négligence peuvent être prévenus par la mise en place de programmes spécifiques où les compétences parentales peuvent se développer. Mais ce type d'intervention doit tenir compte du fait que le temps de l'enfant n'est pas celui de l'adulte. À l'intérieur de simplement quelques années ou mêmes mois, des choses uniques se développent chez le jeune enfant qui moduleront irrémédiablement son psychisme. Le rapport Jasmin insiste d'ailleurs, et à juste titre, sur cette notion. Le placement d'un enfant doit demeurer une solution de dernier recours à laquelle il faut toutefois se résigner sans tarder quand le milieu parental tarde trop à changer. Il y a malheureusement parfois des rendez-vous impossibles à réaliser.

Tant la littérature scientifique que notre propre expérience clinique ne laissent planer aucun doute sur les effets toxiques que causent les placements à répétition et les allers-retours entre famille d'accueil et famille naturelle.

Nous croyons que les enfants du Québec ont payé très cher le dogme de la loi actuelle, qui favorise en premier lieu le « retour dans le milieu familial », parfois au détriment du développement harmonieux de l'enfant. Les placements à court terme aboutissent à la rupture de liens affectifs cruciaux qui se sont tissés au fil des ans entre un enfant et la famille qui prend soin de lui, qu'elle soit biologique ou d'accueil.

C'est pourquoi nous enjoignons le législateur à ne pas rater ce rendez-vous important qui nous est offert à l'occasion de cette première réforme en 25 ans d'application de la loi. Nous croyons que la loi doit comporter toutes les garanties juridiques prouvant aux

enfants et aux milliers d'intervenants qui travaillent en leur nom, que la société agit en leur meilleur intérêt et que les erreurs du passé ne seront pas répétées.

***Nous suggérons de clarifier la Loi de façon à rendre plus explicite l'obligation de considérer l'élaboration d'un projet de vie permanent lorsqu'un enfant connaît une période d'hébergement :***

- a) de 12 mois si l'enfant a moins de 2 ans***
- b) 18 mois si l'enfant est âgé de 2 à 5 ans***
- c) 24 mois si l'enfant est âgé de 6 ans et plus.***

***En remplaçant le terme « à plus long terme » par « jusqu'à la majorité » dans les articles 53.0.1. et 91.1. de la nouvelle Loi.***

## **PARTIE II – Protection de la jeunesse et santé : deux réseaux au service de l'enfant**

**Auteurs : Dr Gilles Fortin, Dr Claire Allard Dansereau, Dr Jean-Yves Frappier, Me Anne de Ravinel, Dr Patricia Garel, Dr Johanne Boivin, Mme Lise Déziel.**

### **Secteur de pédiatrie sociale**

La préoccupation du CHU Sainte-Justine à l'égard des enfants victimes de mauvais traitements date des années 70, bien avant même que le Québec ne se dote d'une *Loi sur la protection de la jeunesse*. Grâce à la vigilance du Dr Gloria Jeliu et encore là, à un moment où cette problématique commençait à peine à alerter les milieux pédiatriques, l'hôpital Sainte Justine créait une première clinique de protection des enfants maltraités (PEM). Depuis, l'expertise n'a fait que croître et notre centre hospitalier universitaire est devenu un chef de file dans le domaine. En 1990, la clinique PEM est devenue la clinique de pédiatrie socio-juridique.

En 2003, toutes les activités liées à la maltraitance ont été réunies sous le secteur de la pédiatrie sociale. Orienté vers les services cliniques, l'enseignement, la formation continue, la recherche et la prévention, ce secteur regroupe différentes cliniques et activités:

- les cliniques de la section de médecine de l'adolescence à l'intention des adolescents/es victimes;
- la Clinique de pédiatrie socio-juridique où sont évalués les moins de douze ans, que ce soit en ambulatoire ou par le Service de garde en maltraitance auprès des enfants hospitalisés;
- l'Équipe santé enfance jeunesse. Elle qui œuvre dans les bureaux du Centre jeunesse de Montréal avec des infirmières qui accompagnent les intervenants du DPJ dans les milieux de vie lors d'un signalement. L'équipe tient également des cliniques pédiatriques pour évaluation globale de santé des enfants du Centre jeunesse;
- la Clinique d'évaluation multidisciplinaire attachement-comportement des moins de cinq ans;
- le Programme de prévention du syndrome du bébé secoué.

Le secteur de pédiatrie sociale est composé de dix médecins à temps partiel. Parmi ceux-ci, les Dr Jean-Yves Frappier, pédiatre et responsable du Secteur de pédiatrie sociale, et Dr Claire Allard Dansereau, pédiatre et adjointe au Secteur de pédiatrie sociale ont particulièrement collaboré à la préparation de cette section du présent mémoire.

Le secteur de pédiatrie sociale est également composé de neuf infirmières, de travailleurs sociaux, de psychologues et du personnel de soutien. Plus de 1 700 enfants et adolescents victimes d'abus ou de négligence ou soupçonnés de l'être, sont évalués ou suivis chaque année suite à la demande des directeurs de protection de la jeunesse du Québec, des policiers, de médecins,

d'intervenants de CSSS, scolaires ou communautaires et des parents eux-mêmes.

Le secteur de pédiatrie sociale contribue activement à la formation et à l'enseignement aux professionnels de divers milieux par des cours, conférences et stages de perfectionnement.

### **Service de pédopsychiatrie**

Le Programme de pédopsychiatrie du CHU Sainte-Justine regroupe l'ensemble des services pédopsychiatriques spécialisés :

- Unité d'hospitalisation 6-12 ans
- Unité d'hospitalisation 12-18 ans
- Clinique externe, service de consultation-liaison
- Clinique spécialisées (entre autres clinique spécialisée 0-5 ans)

Ces services sont disponibles sur une base provinciale. Les collaborations avec les différents partenaires du réseau sont fonctionnelles depuis plusieurs années et concernent particulièrement les enfants suivis par les services sociaux et la DPJ souvent à risque de pathologies psychiatriques.

Parmi les pédopsychiatres du CHU Sainte-Justine, Dr Patricia Garel et Johanne Boivin ont collaboré à la préparation de cette section du présent mémoire.

## **Introduction**

Le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine a toujours eu à cœur la protection et le bien-être des enfants. C'est avec intérêt et bonheur que nous avons donc pris connaissance des objectifs poursuivis par le gouvernement par le biais du projet de réforme de la *Loi sur la protection de la jeunesse* [ci-après « L.P.J. »].

Les équipes du CHU Sainte-Justine qui travaillent plus particulièrement avec le DPJ ou en maltraitance, soit le département de pédiatrie, à travers son équipe du secteur de la pédiatrie sociale, et le département de pédopsychiatrie, souscrivent aux principaux objectifs visés par cette réforme, objectifs qui nous apparaissent prioritaires et pertinents. Nous applaudissons plus particulièrement la ferme intention de mettre fin au ballottage des enfants placées en milieu substitut.

Par contre, nous sommes inquiets quant à certaines modifications de la loi et voulons mentionner certains points qui à ce stade et en regard des pratiques et expériences actuelles méritent d'être précisés, soit :

- a) l'article 38 L.P.J. et la définition de la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant;
- b) la confidentialité et la divulgation de renseignements permettant une évaluation de santé adéquate;
- c) l'évaluation des besoins de santé des enfants et adolescents placés en milieu substitut;
- d) l'hébergement obligatoire en centre hospitalier qui peut être exigé par le DPJ ou le tribunal;
- e) le consentement aux soins;

#### **a) L'article 38 : définition de la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant**

Le nouvel article 38 L.P.J. regroupe plus efficacement les motifs de compromission sous six grandes problématiques. Nous regrettons cependant l'ajout à cet article d'un nouvel élément à la définition de la compromission en matière d'abus sexuels et physiques (art. 38 d) par. 1 et art. 38 e) par. 1) soit le fait que les parents de l'enfant « ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ». Notre expérience en maltraitance nous amène à nous inquiéter de voir reportée entre les mains de la population et des professionnels en contact avec les enfants la responsabilité de procéder à cette évaluation.

Quelques exemples pourront aider à la compréhension de notre point de vue :

- Une fillette rapporte à sa mère des gestes sexuels abusifs de la part du nouveau conjoint de la mère qui habite avec eux. La mère réconforte sa fille et consulte un médecin qui la rassure sur l'intégrité physique de sa fille. Elle mentionne qu'elle « a congédié » le conjoint. L'intervenant confronté à cette situation peut donc, avec la modification proposée, considérer que la mère prend les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation et n'est

donc pas tenu de signaler la situation au DPJ. Mais par la suite, devant les tracasseries financières que cette séparation brutale engendre et les soi-disant explications du conjoint, la mère le laisse réintégrer le milieu familial. La mère n'ayant évidemment pas ébruité les véritables raisons de leur transitoire séparation, le couple se verra féliciter par leur entourage de cette réunion au mépris de la protection de la petite fille. Celle-ci risque fort d'être abusée de nouveau, mais n'osera plus en parler, puisque cela n'a rien changé.

- Un garçon est victime d'attouchements sexuels de la part de son entraîneur de hockey. Les parents, qui ne veulent pas risquer d'exposer leur enfant aux répercussions d'un ébruitement potentiel de l'affaire, le retirent du club de hockey et lui procurent auprès d'un professionnel qualifié le soutien dont il a besoin. Le professionnel considère que les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation à l'égard du garçon ont été pris, puisque ce dernier n'a plus de contacts avec son agresseur. Le professionnel n'a pas, dès lors, l'obligation de signaler la situation au DPJ. Toutefois, l'entraîneur risque fort d'abuser sexuellement d'autres enfants. La nouvelle loi risque donc incidemment de permettre à ce type d'agresseurs institutionnels d'agir en toute impunité pendant plus longtemps.

Le projet de loi laisserait donc entre les mains du professionnel ou de toute personne qui envisage effectuer un signalement le soin de décider si les moyens pris par les parents peuvent mettre fin à la situation vécue par l'enfant. Une telle pratique comporterait des risques importants pour les enfants et les adolescents, puisque le professionnel ou le proche de l'enfant qui envisage un signalement n'a pas nécessairement accès à toutes les données et ne dispose pas toujours de l'expérience requise.

De plus, le professionnel ou le proche de l'enfant qui est au courant d'une situation d'abus physique ou sexuel est laissé sans repères ou ligne de conduite en ce qui concerne la pertinence de l'implication des policiers, souvent perçue comme embarrassante. En effet, là où il n'y a pas d'évidence de menace grave à l'égard d'un tiers, bien des professionnels sont convaincus que leur code de déontologie ne leur permet pas de divulguer une situation à la police à l'encontre de la volonté des parents ou de l'adolescent, s'il est âgé de plus de quatorze ans. Il en résultera que bien des agresseurs pourront ainsi échapper à la justice et que bien des enfants ne seront pas protégés.

Par contre, le DPJ jouit d'un pouvoir discrétionnaire qui lui permet de faire appel à l'expertise des policiers, contribuant ainsi à dénoncer la nature criminelle des comportements abusifs des adultes à l'égard des mineurs. Dans les deux situations rapportés, un signalement fait par les professionnels aurait donc permis que la responsabilité d'action à cet égard repose sur la DPJ.

Au cours des dernières années, une collaboration et une complémentarité entre le DPJ et les services policiers et judiciaires se sont développées et servent la protection et l'intérêt de l'enfant. Ce sont tous les bénéfices apportés par l'entente multisectorielle qui risquent d'être perdus dans plusieurs situations.

***Il est donc impératif que l'obligation de signaler à l'égard de toute situation d'abus physiques ou sexuels demeure et que ce soit la décision du Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) de ne pas retenir ou de mettre fin à son implication lorsqu'il s'est assuré que les parents prennent les moyens nécessaires pour corriger la situation.***

## **b) La confidentialité et la divulgation de renseignements permettant une évaluation de santé adéquate**

### **i) La divulgation de renseignements par le DPJ aux intervenants**

À l'occasion du deuxième Colloque sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents tenu à Montréal en octobre 2005, Madame Delisle, la Ministre déléguée, réaffirmait l'importance de la collaboration des médecins dans l'évaluation et la prise en charge des enfants victimes de maltraitance. Elle soulignait même le besoin de développer de plus en plus d'équipes spécialisées à cet effet à l'intérieur de chacune des régions du Québec.

Pour le médecin, l'accès aux renseignements personnels est nécessaire à la réalisation d'une évaluation globale de santé de qualité. En effet, tous, et plus particulièrement les parents, comprennent l'importance de la communication des renseignements cliniques et familiaux pour que le médecin puisse effectuer un travail adéquat. Sans éléments d'histoire, l'évaluation globale de santé est incomplète sinon impossible. Nous voudrions être assurés que, dans l'intérêt même de l'enfant, le DPJ, comme tout bon parent se ferait un devoir de le faire, soit autorisé à dévoiler au médecin toutes les informations dont il dispose et qui s'avèrent nécessaires dans le cadre d'une évaluation globale de santé. Ceci s'applique aussi aux équipes de santé, constituées de médecins et d'infirmières, qui existent déjà ou qui verront le jour dans les centres jeunesse, les centres hospitaliers et les C.S.S.S.

Il ne faudrait pas, par ailleurs, en l'absence dans la loi d'une telle autorisation, que le DPJ s'abstienne d'obtenir l'expertise médicale là où elle pourrait s'avérer non uniquement urgente ou indispensable au plan social, mais simplement nécessaire au bien-être de l'enfant.

En somme, les enfants ne devraient en aucun cas avoir à assumer les frais d'une communication déficiente entre le DPJ et les intervenants.

*À cet égard, l'article 72.6 L.P.J. pourrait être plus explicite en autorisant le DPJ à dévoiler aux intervenants, dans le cadre d'une évaluation globale de santé de l'enfant, les informations qu'il détient, si cette divulgation est nécessaire pour l'aider à statuer sur la compromission, l'état de santé de l'enfant ou pour définir l'orientation ou le plan d'intervention.*

## **ii) La divulgation d'information au DPJ par l'établissement**

Le projet de loi prévoit l'ajout d'un nouvel article, 35.4 L.P.J., qui autoriserait un établissement de santé à communiquer, sur demande du DPJ, un renseignement contenu au dossier de l'enfant, d'un parent ou d'une personne mise en cause, *« lorsqu'un tel renseignement révèle ou confirme l'existence d'une situation dont la connaissance pourrait permettre de décider si la sécurité ou le développement de l'enfant est ou peut être considéré comme compromis ».*

De manière générale, nous considérons que cet article manque de clarté et soulève la question de savoir qui doit poser le jugement eu égard à la pertinence et qui doit procéder à l'identification des renseignements visés par l'article. Si cette responsabilité revient à l'établissement, cela implique que la personne qui analyse le dossier dispose d'une connaissance suffisante du dossier lui permettant de juger de la pertinence d'un renseignement demandé par le DPJ, ce qui n'est dans les faits pas toujours le cas (par exemple, si l'on recherche la communication de renseignements contenus dans le dossier d'un des parents, dans un établissement pour adulte). Si la responsabilité de déterminer les renseignements accessibles incombe au DPJ, cela suppose qu'il connaît d'avance l'existence d'un renseignement, ce qui n'est pas toujours le cas non plus.

Nous croyons donc que le libellé de cette nouvelle disposition crée de la confusion quant aux rôles respectifs du DPJ et de l'établissement dans le processus de communication des renseignements et quant à l'ampleur de ce qui peut être communiqué.

***L'article 35.3 L.P.J. devrait établir un mécanisme précisant les rôles de chaque acteur afin d'assurer la communication des renseignements pertinents tout en préservant le plus possible le droit au respect de la vie privée de chacun.***

### **c) Évaluation des besoins de santé des enfants et adolescents pris en charge par le DPJ**

Plusieurs études démontrent une incidence élevée de problèmes de santé physique et mentale méconnus chez les enfants victimes de mauvais traitements ou négligés et plus particulièrement chez ceux qui doivent être déplacés vers des milieux substituts. Horwitz et col 2001, Blatt et col 1997 ont recensé à travers la littérature médicale une incidence variant entre 35 à 80% de problèmes chroniques de santé, de 35 à 95% de problèmes de santé mentale et jusqu'à plus de 80% de problèmes de développement ou comportement chez les enfants placés. De même, Justin RG. 2003 rapporte que 12% de ces enfants n'ont jamais eu de bilan de santé, 34% n'ont reçu aucun vaccin et que chez plus de 30% d'entre eux, un problème de santé non traité sera identifié lors d'un placement.

Depuis plusieurs années, ces données ont incité des organismes comme l'*American Academy of Pediatrics*, la *Child Welfare League of America* 1998 et la Société canadienne de pédiatrie à élaborer des lignes directrices pour l'évaluation et la surveillance de la santé des enfants placés. Ils recommandent que chaque enfant fasse l'objet d'un bilan de santé de base dans le premier vingt-quatre heures de son placement. Ce premier bilan de santé a principalement pour but de déceler la présence d'affection contagieuse, de problème de santé grave occulte ou aigu. Puis, dans les trente jours subséquents, il est recommandé que chaque enfant fasse l'objet d'une évaluation complète du développement et de la santé, le tout conduisant à l'élaboration d'un plan de soins de santé. Il faudrait de plus tenir compte de certains groupes d'enfants pris en charge par le DPJ, pour lesquels une évaluation de santé serait nécessaire même s'ils ne sont pas placés. C'est le cas des enfants de moins de cinq ans pris en charge par les centres jeunesse qui, comme le montrent des études québécoises, sont très à risque au plan de la santé et du développement.

***Nous recommandons que la Loi sur la protection de la jeunesse prévoie que le DPJ doive procéder à une évaluation systématique des besoins de santé des***

*enfants de moins de cinq ans pris en charge sous un motif de négligence ou d'abus physique et des enfants de plus de cinq ans et adolescents placés en milieu substitut, peu importe le motif de placement. Cet évaluation serait réalisée à l'aide de ressources spécialisées ou de la communauté, de manière à ce que le plan de soins de santé ainsi généré soit incorporé à son plan d'intervention.*

#### d) Hébergement obligatoire en centre hospitalier

L'article 46 L.P.J. prévoit que le DPJ peut confier l'enfant à un établissement qui exploite un centre hospitalier, en précisant si la mesure comporte un hébergement. Cette mesure s'applique d'abord pour 48 heures mais peut être prolongée. L'article 62 L.P.J. prévoit de son côté que le tribunal peut ordonner un hébergement obligatoire et le DPJ est alors responsable de trouver une ressource d'hébergement, et tout centre hospitalier peut être tenu de recevoir l'enfant.

La situation actuelle des centres hospitaliers est bien différente de celle des premières années de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, il y a plus de 25 ans. Les centres hospitaliers sont hautement spécialisés et les coûts des hospitalisations sont très élevés. Le personnel infirmier est limité en nombre et des services manquent parfois de personnel. Les soins sont de plus en plus offerts en hôpital de jour ou en centre de jour, si ce n'est carrément en ambulatoire ou à domicile et seuls les patients les plus malades seront hospitalisés.

Les milieux hospitaliers ne constituent donc plus des ressources d'hébergement comme autrefois. Ils ne sont pas non plus des milieux d'hébergement appropriés pour des enfants pris en charge par le DPJ vu la transmission d'infections nosocomiales, le bruit parfois incessant des équipements technologiques, le manque de personnel et enfin le nombre limité de places dans un contexte économique difficile qui n'est pas prêt de prendre fin. Ces éléments convaincants justifient que l'on évite un hébergement en centre hospitalier.

Nous donnons ici quelques exemples de situations que nous jugeons inappropriées pour le bien-être de l'enfant ou de l'adolescent :

- Un garçon de 9 mois se présente à l'urgence où l'on diagnostique une fracture du crâne simple. Son état ne nécessiterait normalement aucune hospitalisation mais étant donné une absence d'histoire expliquant le traumatisme ainsi que la présence de certains facteurs sociaux faisant craindre une maltraitance, l'enfant est hospitalisé pour complément

d'investigation. Le lendemain, une série squelettique révèle la présence d'une ancienne fracture du membre inférieur. L'évaluation du DPJ nous oriente vers une situation de mauvais traitements physiques. Trois jours plus tard, l'investigation est terminée d'un point de vue médical et l'enfant, dont l'état est stable, obtient son congé médical. Il faudra par contre 10 jours avant que le DPJ trouve une ressource d'hébergement. Évidemment, le fait d'être déjà hébergé dans un milieu hospitalier diminue la pression pour trouver immédiatement une ressource plus appropriée pour l'enfant. Entre temps, au 8<sup>ième</sup> jour, l'enfant développe une infection pulmonaire qui prolonge l'hospitalisation au-delà même du 10<sup>ième</sup> jour où le DPJ annonce que la ressource est trouvée. Toute journée passée dans un centre hospitalier augmente les risques de contracter des maladies nosocomiales et joue donc au détriment d'un enfant qui n'a aucune raison médicale d'y être.

- Un enfant de 8 ans, abusé physiquement et sexuellement dans sa famille, a été placé dès l'âge de 3 ans par la DPJ. Depuis cet âge, il a connu 6 familles différentes. On vient de lui apprendre qu'il devra quitter sa famille d'accueil actuelle car la mère adoptive a eu un problème de santé aigu. Il devient opposant, agressif, parle de mourir et la DPJ nous demande de l'hospitaliser pour une évaluation psychiatrique des symptômes et ceci de façon urgente. Chez un enfant qui présente un trouble de l'attachement, l'hospitalisation en psychiatrie va représenter une rupture additionnelle et une exacerbation de son symptôme suite au congé. À ce moment, une évaluation psychiatrique n'est pas nécessaire car on comprend la raison de sa désorganisation. Une ressource stable est plutôt indiquée pour cet enfant. Si les symptômes persistent, on pourra alors demander une évaluation en clinique externe.
- Un jeune garçon de 16 ans menace de se suicider. Son état inquiète les intervenants, qui évoquent une dépression et demandent une hospitalisation. À l'urgence, le psychiatre de garde retient plutôt le diagnostic de trouble d'adaptation en lien avec la comparution prochaine au tribunal et les conséquences qui s'y rattachent. L'hospitalisation ici n'est pas indiquée puisqu'elle orienterait le plan de traitement vers un faux diagnostic psychiatrique, évitant de considérer les enjeux réels auxquels doit faire face l'adolescent. Un comportement suicidaire, comme tous les troubles du comportement, n'est que symptomatique des difficultés et de l'impasse temporaire dans laquelle se trouve un jeune. L'évaluation médicale est requise mais l'hospitalisation ne doit pas être systématique.

Nous sommes tout à fait d'accord avec le fait que le DPJ ou le tribunal puisse confier un enfant à un centre hospitalier pour une évaluation de l'état de santé, mais il incombe alors aux professionnels de la santé de décider de la pertinence de garder l'enfant pour un supplément d'évaluation, une observation médicale ou des soins. Le choix des évaluations et des soins à apporter relève en effet du rôle et de la responsabilité de ces

professionnels. Bien entendu, si des professionnels de la santé jugeaient nécessaire l'hospitalisation d'un enfant ou d'un adolescent, en cas d'opposition des parents ou de l'adolescent, le DPJ ou le tribunal pourraient conserver leur droit d'imposer cette hospitalisation, dans le meilleur intérêt de l'enfant ou de l'adolescent. Toutefois, cette hospitalisation ne devrait durer que le temps médicalement requis. Au-delà de cette période, le DPJ devrait trouver immédiatement une autre ressource d'hébergement dans un milieu plus approprié.

***Nous recommandons que la loi précise :***

- ***que le DPJ (sur ordonnance ou non du tribunal) peut confier un enfant à un centre hospitalier pour une évaluation de santé. Si les professionnels de la santé jugent l'hospitalisation nécessaire, le DPJ ou le tribunal pourra aussi l'imposer, particulièrement s'il y a objection de la part des parents ou de l'adolescent pris en charge;***
- ***lorsque l'hospitalisation n'est plus médicalement requise, que le DPJ doive immédiatement trouver une ressource d'hébergement plus appropriée;***
- ***que les professionnels de la santé soient responsables de déterminer la nature des évaluations, investigations, soins et traitements requis par l'état de santé de l'enfant.***

## e) Le consentement aux soins

Nous croyons qu'il serait intéressant de profiter du projet de réforme de la *Loi sur la protection de la Jeunesse* pour clarifier le régime entourant le consentement aux soins médicaux pour les enfants qui sont hébergés en famille d'accueil ou en centre de réadaptation.

La loi actuelle prévoit la possibilité pour le DPJ d'autoriser des soins en cas d'urgence (art. 48 L.P.J.) ou de conclure une entente sur des mesures volontaires impliquant de confier l'enfant à un établissement afin qu'il reçoive des soins (art. 54 g) L.P.J.). Un tribunal peut également ordonner que l'enfant soit confié à un établissement de santé afin de recevoir des soins (art. 91 L.P.J.). Ces dispositions ne permettent toutefois que des consentements aux soins ponctuels.

Or, selon les règles du *Code civil du Québec*, lorsqu'un enfant est confié à une famille d'accueil, le titulaire de l'autorité parentale conserve tous ses pouvoirs en matière de consentement aux soins. La situation est donc complexe à gérer lorsque des soins sont requis de manière répétée ou sur une longue période. Sauf si ces soins sont requis de manière urgente, il faut, pour toute chirurgie ou procédure, même semi-urgente, obtenir le consentement des parents biologiques, ce qui occasionne souvent des délais importants, nuisant ainsi à la santé et au bien-être de l'enfant. En voici un exemple :

- Un enfant placé en famille d'accueil, porteur d'un tube d'alimentation (stomie), voit son tube se déplacer. Un remplacement de ce tube est rapidement organisé avec les différents médecins impliqués et la salle de radiologie. La famille d'accueil se déplace, une voie veineuse est installée, mais faute d'avoir pu rejoindre les parents biologiques ce même jour, l'intervention doit être reportée au surlendemain. La famille d'accueil doit de nouveau se déplacer, l'enfant doit être maintenu sous solution intraveineuse, un apport calorique déficitaire s'ensuit.

La modification à l'article 91 L.P.J., qui prévoit la possibilité pour le tribunal d'ordonner que l'exercice de certains attributs de l'autorité parentale soit retiré aux parents et confiés au directeur ou à toute autre personne désignée par le tribunal, apparaît à cet

égard intéressante. Cependant, dans les cas où il n'y a pas eu d'ordonnance du tribunal, la problématique demeure pour les cas de consentement à des soins non-urgents ou semi-urgents.

Ce type de situation peut entraîner, en plus des inconvénients mentionnés ci-haut, un autre effet pervers, celui de devoir obtenir le consentement de la part de la personne même qui a blessé l'enfant... Par exemple, un enfant et sa mère sont poignardés par le père. La mère décède des suites de l'agression, et l'enfant nécessitera plusieurs chirurgies importantes mais non urgentes. Actuellement, en l'absence d'un jugement du tribunal, la loi semble exiger que l'on obtienne le consentement du père!

De plus, dans les cas où le pouvoir de consentir aux soins est confié au DPJ, un mécanisme devrait être prévu afin de permettre l'exercice du consentement les soirs et fins de semaines.

Par ailleurs, si un tuteur à l'enfant est nommé (comme le prévoient les nouveaux articles 70.1 et suivants L.P.J.), il serait intéressant de spécifier que le tribunal *doit* fixer les modalités relatives à l'exercice du consentement substitué pour le mineur. Ceci est d'autant plus nécessaire que l'article 14 C.c.Q. prévoit que le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. La confusion risque de s'installer si le parent et le tuteur disposent tous deux du pouvoir de consentir aux soins.

***La loi devrait donc préciser et étendre davantage les pouvoirs du DPJ d'agir dans certains cas, « comme tout bon père de famille » et d'autoriser les soins et traitements requis par l'état de santé de l'enfant, ou de confier ce pouvoir à un tiers, afin de couvrir les situations où des soins sont requis de manière semi-urgente ou répétée.***

## En conclusion

Il nous apparaît que la réforme de la présente Loi sur la protection de la jeunesse contribuera efficacement à l'amélioration des soins et services offerts aux enfants les plus défavorisés et vulnérables de notre société. Elle cible très justement les lacunes les plus probantes compte tenu de l'avancement des connaissances et des pratiques. Par ce mémoire nous souhaitons simplement ajouter aux excellentes recommandations déjà proposées.

Ainsi, il nous apparaît important de corriger, d'ajouter ou de rendre plus explicites les points suivants dans le texte de la loi :

- Préciser les termes de la loi pour favoriser le maintien à long terme des jeunes enfants dans les milieux où ils ont le mieux évolué afin de leur assurer davantage de continuité et de stabilité dans leur milieu de vie;
- Conserver l'obligation de signaler toute situation d'abus physique et sexuel, que les parents paraissent ou non prendre les moyens pour mettre fin à la situation;
- Assurer que les enfants confiés au DPJ puisse avoir accès aux meilleurs soins de santé physique et mentale dont ils ont besoin ainsi qu'aux mesures de prévention par ailleurs accessibles à tous les autres enfants. Ceci en permettant un échange efficace des renseignements pertinents entre le DPJ et les professionnels et entre l'établissement et le DPJ; d'autre part en assurant une évaluation de santé de routine pour les enfants placés en milieu substitut;
- Modifier la notion qui stipule que le DPJ ou le tribunal peut confier un enfant à un centre hospitalier, de manière à tenir compte du contexte hospitalier actuel, de l'autonomie et de l'expertise des professionnels de santé et du meilleur intérêt de l'enfant;
- Faciliter le consentement aux soins de santé requis par un enfant placé hors de sa famille.

## Références

American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Health Care of Young Children in Foster Care. *Pediatrics* Vol. 109 No. 3 March 2002, pp. 536-541.

Blatt SD, Saletsky RD, Meguid V, Church CC, O'Hara MT, Haller-Peck SM, Anderson JM. A comprehensive multidisciplinary approach to providing health care for children in out-of-home care. *Child Welfare*. 1997 Mar-Apr;76(2):331-47.

Carlson EA : A prospective longitudinal study of attachment: disorganisation/disorientation, *Child Development*, 1998;69:1107-1128.

Child Welfare League of America (CWLA). (1988) Standards for health care services for children in out-of-home care. Washington, DC.

Gauthier, Y, Fortin G, & Jéliu G. (2004). Clinical application of attachment theory in permanency planning for children in foster care: the importance of continuity of care<sup>1</sup> *Infant Mental Health Journal*, Vol. 25(4), 379-396 (2004).

Justin RD. Medical needs of foster children. *American Family Physician*. 2003 Feb 1;67(3):474-76.

Marvin RS, Britner PA. "Normative development : The ontogeny of attachment", in Cassidy J, Sahver PR: *Handbook of attachment : Theory , research and clinical applications*. NY/London, The Guilford «press, 1999; p44-67.

Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM & Luckey D (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *J of the American Medical Association*, 278(8), 637-643.

Taussig HN, Clymann RB, Landsverk J. Children who return home from foster care: a 6-year prospective study of behavioural health outcomes in adolescence. *Pediatrics*, 2001; 108(1):1-7.

Sacks D, Frappier JY et coll. Les normes de santé pour les jeunes en établissement. Énoncé de principe. Société canadienne de pédiatrie. Juin 2005.

Shonkoff J, Phillips D. From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development. National Academy Press Washington DC 2000.

Steinhauer PD, *The least detrimental alternative : A systematic guide to case planning and decision making for children in care*. Toronto/Buffalo/London, Univ. of Toronto Press; 1991. Traduction française: *Le moindre mal : La question du placement de l'enfant*, Presses de l'Université de Montréal, 1996.

*ADDENDUM*

**PARTIE II – Protection de la jeunesse et santé : deux réseaux au service de l'enfant**

[...]

**b) La confidentialité et la divulgation de renseignements permettant une évaluation de santé adéquate**

[...]

**iii) La divulgation d'information à la police par les intervenants de l'établissement**

Par ailleurs, lorsque, suite à un signalement pour abus physique ou sexuel, le DPJ choisit d'impliquer le corps policier, conformément à l'article 72.7 LPJ, et tel que prévu par l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*, cela suscite une problématique réelle pour les professionnels de la santé, en ce qui a trait à la communication d'information à la police.

Le problème se pose lorsque les policiers, dépêchés très rapidement à l'hôpital suite au signalement, commencent immédiatement leur enquête, à un stade où ils ne détiennent pas encore de mandat judiciaire autorisant la communication d'information. Il est fréquent de les voir questionner les divers intervenants impliqués dans l'évaluation de l'enfant et il est bien clair qu'ils s'attendent à ce qu'on leur communique sur le champ l'information pertinente pour la suite de leur enquête. Or ce type de demande suscite bien souvent un malaise chez les professionnels.

D'un côté, les règles de droit existantes ne semblent pas permettre la communication d'informations à la police. Les différents professionnels sont tenus au secret professionnel en vertu du *Code des professions*, de leur code de

déontologie, de la *Charte des droits et libertés de la personne*, du *Code civil du Québec* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, et seule une exception claire dans la loi ou une autorisation d'un juge permet de passer outre le secret professionnel. Or la LPJ est muette quant à la possibilité de communiquer avec la police dans le cadre du signalement lorsque l'entente multisectorielle est appliquée. Le *Code des professions* et les codes de déontologie prévoient certes une exception bien stricte au secret professionnel lorsqu'il est nécessaire de prévenir un danger grave et imminent, mais cette exception n'autorise qu'une communication *très* limitée et ne saurait justifier que des professionnels répondent à un ensemble de questions posées par un enquêteur de police. En l'absence d'une exception claire dans une loi, on en déduit donc que les professionnels ne peuvent répondre aux questions de la police, à moins que celle-ci ne détienne un mandat émis par un juge.

Le cadre juridique paraît clair d'un côté, mais la réalité est autre. Devant des actes graves dont est soupçonné un individu, les demandes formulées par la police sont évidemment importantes pour assurer la défense des intérêts de l'enfant et de la collectivité. La rapidité avec <sup>laquelle</sup> l'enquête est effectuée aura, on l'imagine bien, un impact sur son succès. Et les attentes de la police sont claires. On s'attend à une collaboration, que les professionnels se verraient bien mal refuser.

L'arrimage ne semble pas être fait entre l'état du droit et la réalité des enquêtes policières suite à un signalement pour abus physique ou sexuel.

***Nous souhaitons que le cadre législatif applicable aux communications entre les professionnels d'une part et le DPJ et la police d'autre part soit clarifié afin de refléter plus adéquatement la réalité, de permettre une communication adéquate de l'information pertinente, dans des limites claires qui respectent le plus possible le droit à la vie privée des parties en cause.***