



La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé



*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.*

Santé Canada

Publié sous l'autorité du Ministre de la Santé

Also available in English under the title:

Child Abuse: Reporting and Classification in Health Care Settings

© Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada 1999

N° de cat. H49-123/1999F

ISBN 0-662-83839-4

La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé

Stanley K. Loo, M.S.S.
PCM Canada, Inc.

Nicholas M.C. Bala, B.A., LL.M.
Faculty of Law, Queen s University

Margaret E. Clarke, M.D., F.R.C.P.(C.)
Developmental Paediatrics, Alberta Children s Hospital

Joseph P. Hornick, Ph.D.
Institut canadien de recherche sur le droit et la famille

août 1998

Les pensées exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Institut canadien de recherche sur le droit et la famille ni celles de Santé Canada.

REMERCIEMENTS

Les auteurs aimeraient remercier un certain nombre de personnes ayant collaboré à la réalisation de ce projet. D'abord, nous aimerions remercier M. Gordon Phaneuf et M^{me} Sharon Bartholomew, respectivement chef et analyste de recherche, Division de la violence envers les enfants, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, Santé Canada, pour leur appui et leur collaboration tout au long du projet.

Nous aimerions également exprimer notre gratitude envers les personnes-ressources que nous avons interrogées dans les hôpitaux et à qui nous avons demandé de réviser la version préliminaire du présent rapport : Jean Hlady et Betty Gunter, Child Protection Service Unit, British Columbia Children's Hospital, Keith Donaghy, directeur du Child Abuse Program, Alberta Children's Hospital, Charles Ferguson, Child Protection Centre, Winnipeg Children's Hospital, D. Huyer, Suspected Child Abuse and Neglect (SCAN) Program, The Hospital for Sick Children, Harriet MacMillan, Child Advocacy and Assessment Program (CAAP), Hamilton Health Sciences Corporation, Sue Bennett, Ron Ensom et Angela Sirnick, Service de protection de l'enfant, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario (HEEO), Laurel Chauvin-Kimoff, Service des enfants maltraités, Hôpital de Montréal pour enfants et John Anderson, Child Protection Team, Izaak Walton Killam Hospital for Children.

Nous remercions aussi M^{me} Linda Bland, de l'Institut canadien de recherche sur le droit et la famille, pour son dévouement à la production des différentes versions préliminaires du rapport à l'aide de son traitement de texte.

Ce projet est subventionné par Santé Canada. L'Institut canadien de recherche sur le droit et la famille a reçu l'appui financier de l'Alberta Law Foundation.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Centre national d'information sur la violence dans la famille
Indice de l'adresse 0201A1
Division de la prévention de la violence familiale
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Tél. : (800) 267-1291 or (613) 941-7285
Télééc : (613) 941-8930
Page d'accueil Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn>

ou

Division de la violence envers les enfants
Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant
Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada
Immeuble LLCM, pré Tunney
I. A. 0601E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Page d'accueil Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/indexf.html>

Table des matières

Sommaire	1
---------------------------	----------

1.0 Introduction	4
1.1 Contexte historique	4
1.2 Un problème d actualité	4
1.3 Objectifs du présent rapport	5
1.4 Restrictions	5
1.4.1 Documentation canadienne restreinte	6
1.4.2 Mauvaise représentation des services hospitaliers	6

2.0 Définition, étendue et signalement de la violence envers les enfants : examen de la documentation	7
2.1 Définitions	7
2.2 Étendue de la violence envers les enfants et types de cas déclarés	7
2.2.1 Données canadiennes	7
2.2.2 Données américaines	10
2.2.3 Cas signalés par les professionnels de la santé dans la collectivité médicale et en milieu hospitalier	12
2.3 Probabilités de signalement et taux de corroboration des cas	14
2.3.1 Probabilités de signalement	14
2.3.2 Taux de corroboration des cas déclarés	15
2.4 Problèmes concernant le dépistage et le signalement des cas d enfants victimes de violence chez les professionnels de la santé	19
2.4.1 Problèmes concernant le dépistage : lacunes sur le plan des connaissances	19
2.4.2 Raisons du non-signalement : perceptions, croyances et valeurs personnelles	22
2.5 Efforts visant à améliorer le système de dépistage et de signalement des cas d enfants victimes de violence	27
2.5.1 Protocoles	28
2.5.2 Questionnaires de dépistage et d évaluation des risques	28
2.5.3 Documentation	29
2.5.4 Équipes multidisciplinaires sur la violence envers les enfants	30
2.5.5 Formation	31

3.0 Signalement des cas d enfants victimes de violence : lois et jurisprudence canadiennes	32
3.1 Introduction	32
3.2 Le devoir de signaler les cas d enfants victimes de violence et de négligence	33
3.2.1 Dispositions relativement aux infractions	33
3.2.2 Le degré de diligence pour les professionnels et les autres	33
3.2.3 Signalement des cas d agression extra-familiale	35
3.2.4 Sanctions pour le non-signalement	36
3.2.5 Périodes de prescription et agressions commises dans le passé	36
3.2.6 À qui signaler	38

3.2.7 Renseignements privilégiés et confidentiels	38
3.2.8 Privilège des chercheurs	40
3.3 Protéger l'identité des dénonciateurs	41
3.4 Signalement de bonne foi et immunité	41
3.5 Responsabilité civile pour non-signalement	41
3.6 Sanctions disciplinaires pour le non-signalement	41
3.7 Registres des cas d'enfants maltraités.	41
<hr/>	
4.0 Signalement et classification dans divers établissements hospitaliers des cas d'enfants victimes de violence	47
4.1 Introduction	47
4.2 British Columbia Children's Hospital – Child Protection Service Unit (Vancouver)	47
4.3 Alberta Children's Hospital – Child Abuse Program (Calgary)	48
4.4 Winnipeg Children's Hospital – Child Protection Centre	49
4.5 Hospital for Sick Children – Suspected Child Abuse and Neglect (SCAN) Program (Toronto)	50
4.6 Hamilton Health Sciences Corporation – Child Advocacy and Assessment Program (CAAP)	51
4.7 Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario – Service de protection de l'enfant (Ottawa)	52
4.8 Hôpital de Montréal pour enfants – Service des enfants maltraités	53
4.9 Izaak Walton Killam Hospital for Children – Équipe assignée à la protection de l'enfance (Halifax)	54
4.10 Problèmes fréquents	55
4.10.1 Problèmes concernant le dépistage	55
4.10.2 Problèmes concernant les définitions	55
4.10.3 Problèmes concernant le signalement.	56
<hr/>	
5.0 Recommandations concernant le signalement et la classification chez les professionnels de la santé des cas d'enfants victimes de violence.	57
5.1 Recommandations visant à modifier les pratiques, les politiques et les lois	57
5.2 Recommandations portant sur la recherche	57
<hr/>	
Annexes	
Annexe A : Extraits tirés des lois canadiennes obligeant à signaler les cas d'enfants victimes de sévices	59
Annexe B : Protocole d'entrevues	69
Annexe C : Exemples de protocoles	71
<hr/>	
Bibliographie	83

Sommaire

Trois décennies se sont presque écoulées depuis que les gouvernements canadien et américain ont procédé au lancement d'un important programme visant à combattre la violence envers les enfants, qui exigeait entre autres l'adoption de lois obligeant à signaler les cas d'enfants victimes de sévices. La formation professionnelle, l'éducation du public, la recherche, l'amélioration du réseau de prestation de services sur le plan de l'efficacité et de la productivité, la sélection d'un bureau central de classement des dossiers regroupant des cas de violence envers les enfants et la constitution de bases de données informatisées sont parmi les initiatives entreprises pour dépister les cas d'enfants victimes de violence et de négligence. De plus, tous les principaux groupes professionnels oeuvrant dans le domaine de la protection de l'enfance ont mis toute leur énergie et tous leurs talents à contribution afin de réduire l'incidence et les conséquences de la violence envers les enfants. Les professionnels de la santé – les médecins surtout – demeurent le principal groupe visé par les lois relativement au signalement obligatoire des cas de violence envers les enfants, étant ceux qui risquent le plus souvent dans leur milieu de rencontrer des victimes de cette violence et ceux que l'on considère les plus aptes à diagnostiquer et traiter certaines formes de violence envers les enfants. Malheureusement, les dirigeants de la communauté médicale et du milieu hospitalier sont de plus en plus nombreux à croire que les professionnels de la santé ne possèdent pas la formation nécessaire au dépistage des cas d'enfants victimes de violence et de négligence.

Devant les problèmes que soulèvent actuellement le dépistage, la classification et le signalement des cas de violence envers les enfants chez les médecins des établissements de santé, nous avons entrepris de rédiger le présent rapport afin d'offrir un aperçu de la situation actuelle dans ce domaine. Les principaux objectifs du rapport se lisent comme suit :

- cibler et aborder certains problèmes reliés à la définition, à l'étendue et au signalement de la violence envers les enfants;
- étudier les lois et la jurisprudence canadiennes relatives au signalement obligatoire des cas d'enfants victimes de violence;
- présenter une vue d'ensemble des méthodes de dépistage, de classification et de signalement des cas de violence envers les enfants utilisées dans huit hôpitaux.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons mené une étude comportant trois volets : procéder à une analyse documentaire des cas de violence envers les enfants au Canada et à l'étranger, effectuer une étude approfondie des lois et de la jurisprudence canadiennes relatives au signalement obligatoire des cas d'enfants victimes de violence et, enfin, recueillir des données au moyen d'entrevues téléphoniques auprès du personnel hospitalier afin d'obtenir le «profil institutionnel» de huit programmes mis en oeuvre par les hôpitaux portant sur le dépistage, le signalement et le traitement des cas d'enfants victimes de violence au Canada. Les établissements visés regroupaient les hôpitaux pédiatriques de Vancouver, Calgary, Winnipeg, Toronto, Hamilton, Ottawa, Montréal et Halifax. Le rapport a donné lieu à la présentation des recommandations suivantes portant sur les méthodes de signalement et de classification des cas de violence utilisées par les professionnels de la santé.

Recommandations visant à modifier les pratiques, les politiques et les lois

Les recommandations relatives aux méthodes utilisées par les professionnels de la santé qui ont à traiter des enfants victimes de violence ou de mauvais traitements touchent trois secteurs : la formation, le soutien aux personnes ayant à poser des diagnostics cliniques et le recours à des programmes spéciaux. Ces recommandations se définissent plus précisément comme suit :

- Que des programmes complets de formation soient élaborés pour faciliter le dépistage, la classification, le signalement et le traitement de la violence envers les enfants et que ces programmes soient intégrés au programme éducatif obligatoire de toutes les écoles de médecine au Canada.
- Qu'un programme de formation sur place soit offert aux médecins oeuvrant auprès des enfants et de leur famille, ainsi qu'à tous les médecins praticiens.

- Que des protocoles soient élaborés dans tous les établissements de santé (p. ex., les hôpitaux, les cabinets privés, etc.) relatifs au traitement de toute forme présumée de violence envers les enfants et que ces protocoles soient facilement accessibles à tous les médecins praticiens.
- Que les médecins chargés d'enquêter sur les facteurs psychosociaux et autres facteurs reliés à la violence envers les enfants puissent disposer d'outils leur permettant d'évaluer les risques.
- Que des services de consultation en matière de violence envers les enfants soient mis à la disposition des médecins, soit par des contacts directs (p. ex., une des personnes membres d'un groupe d'experts en matière de violence envers les enfants), soit par la mise en service de numéros 1-800, surtout pour les médecins exerçant leur profession dans des régions plus éloignées, et que des équipes de spécialistes soient mises à la disposition de la communauté.
- Que des documents d'information sur la violence envers les enfants soient mis à la disposition des médecins et de leurs patients dans toutes les cliniques communautaires.
- Que les professionnels de la santé ayant à signaler, aux services de protection de l'enfance, des cas d'enfants victimes de violence soient informés des raisons pour lesquelles ces cas ont été corroborés ou non.
- Que les provinces et les territoires revoient leurs lois relativement au signalement obligatoire des cas de violence envers les enfants et, qu'à cet égard, ils consultent les professionnels de la santé, surtout en ce qui a trait aux définitions données au concept. Que l'objet de leur étude porte notamment sur les périodes de restrictions, l'identification des professionnels qui, autorisés par la loi, seront responsables du signalement, la clarté des définitions et le besoin ou non d'inclure les cas d'agression extra-familiale.
- Que les médecins soient rémunérés convenablement pour le temps qu'ils devront consacrer en plus à l'évaluation des cas présumés de violence envers les enfants.
- Que des programmes spéciaux de protection de l'enfance soient établis au sein des hôpitaux si le nombre de cas et la dimension de la communauté le justifient. En plus de favoriser la mise sur pied de services spécialement axés sur les enfants victimes d'agressions, ces programmes pourraient faciliter le suivi de bon nombre des recommandations précédentes portant sur les pratiques.

Recommandations portant sur la recherche

Le présent rapport a permis de proposer les travaux de recherche suivants. Ils sont reliés au dépistage et au signalement des cas d'enfants victimes de violence, ont une portée considérable sur le plan pratique et sont viables. En raison des lacunes dont fait preuve la recherche au Canada en matière de violence envers les enfants, comme le révèle ce rapport, on n'insistera jamais assez sur la nécessité de promouvoir davantage la surveillance et la recherche.

- Dans la documentation portant sur la violence envers les enfants, on a constaté la présence d'un certain nombre de barrières au signalement des cas de violence; on y propose également des stratégies visant à les supprimer. Une question d'ordre politique se pose : comment se servir de ces stratégies pour réussir à accroître les probabilités de signalement? La mise sur pied de projets bien conçus et bien coordonnés, s'appuyant sur un instrument d'évaluation efficace, pourrait permettre d'obtenir de précieux renseignements. À cet égard, il serait peut-être utile de concevoir des projets-pilotes visant à évaluer l'efficacité des protocoles, des équipes multidisciplinaires, des programmes de formation et ainsi de suite.
- Au Canada, la recherche, ne disposant pas de données suffisantes, ne permet pas d'évaluer l'impact que pourrait avoir l'adoption de lois obligeant à signaler les cas d'enfants victimes de sévices sur les services de protection de l'enfance. On recommande donc que soit menée une étude auprès des personnes responsables du signalement sur leurs mentalités vis-à-vis des agences de protection de l'enfance et les relations qu'elles ont jusqu'ici établies avec ces dernières. Une étude auprès du personnel de ces agences serait tout aussi utile.
- La classe sociale ou la race de l'enfant ou du parent a-t-elle une influence sur les probabilités de signalement de l'agression?
- Quels sont les taux de corroboration? Diffèrent-ils selon le statut de la personne qui a signalé l'agression (p. ex., un médecin, une infirmière ou un infirmier de santé publique ou tout autre citoyen)?

- Pour obtenir des données qui soient à la fois nouvelles et pratiques, il est essentiel de s'appuyer sur de bonnes stratégies d'analyse. Notre étude nous a permis de constater le recours évident à des méthodes d'analyse pertinentes, qui se résument comme suit :
 - Un cas déclaré devient, suite à un diagnostic, corroboré ou non. Dans la réalité, toutefois, beaucoup plus nombreux sont les diagnostics que les cas corroborés ou non corroborés eux-mêmes. Une analyse pertinente devrait porter sur le nombre réel de diagnostics plutôt que sur un seul diagnostic dichotomique.
 - Les lois sur le signalement exigent que des professionnels soient autorisés à signaler tout cas suspect de violence exercée à l'endroit d'un enfant. Au cours des ans, le nombre de cas déclarés a rapidement augmenté. Un fait étrange caractérise toutefois les études menées aux États-Unis : les cas déclarés proviennent autant de sources autorisées que de sources non autorisées, fait qui se répète d'ailleurs d'une année à l'autre. Ce n'est pas ce que l'on prévoyait étant donné que, conformément à certaines lois sur le signalement, seuls les professionnels sont autorisés à signaler les cas d'enfants victimes de violence. Par conséquent, il serait normal de s'attendre à ce que le nombre de cas signalés par des professionnels autorisés augmente et que le nombre de cas signalés par des personnes non autorisées diminue. Ce n'est toutefois pas ce que laisse présager la tendance actuelle. Lorsque nous analysons les comportements en matière de signalement, nous devrions comparer les sources autorisées avec les sources non autorisées en utilisant toutes les principales variables.
 - Nous devrions comparer les cas diagnostiqués de violence envers un enfant avec les cas non diagnostiqués afin d'isoler les facteurs sur lesquels repose un diagnostic. L'information ainsi recueillie servirait à concevoir des outils diagnostiques. Nous devrions également envisager la mise sur pied d'une étude de suivi portant sur les deux catégories de cas.
 - Les cas corroborés et soumis par l'hôpital aux services de protection de l'enfance devraient faire l'objet d'une surveillance. C'est le cas notamment de ceux qui, en bout de ligne, sont mis de côté par ces services; ils devraient plutôt être examinés par rapport aux cas corroborés et pris en charge.

1.0 Introduction

1.1 Contexte historique

Les personnes qui, au Canada et aux États-Unis, se sont portées à la défense des enfants vers la fin des années 1800 ont soulevé le problème de l'enfance maltraitée. L'éclatement du noyau familial – phénomène ayant rapidement pris de l'expansion en raison de l'exode rural, de l'emploi d'enfants dans les usines et de l'accroissement de la pauvreté en milieu urbain – est à l'origine du problème social que sont devenues la violence et la négligence envers les enfants. Les premiers travailleurs sociaux, bénéficiant de l'appui considérable des législateurs, des églises et des philanthropes, ont mis de nombreux efforts à protéger les enfants démunis et maltraités. Leur contribution a d'ailleurs donné lieu à la fondation de la Society for the Prevention of Cruelty to Children en 1874, aux États-Unis, et à la création, en 1893, du tout premier organisme de protection de l'enfance à Toronto, connu aujourd'hui sous le nom de Children's Aid Society of Metropolitan Toronto. Ces travailleurs, pionniers de leur profession, sont également à l'origine des premières lois en matière de protection de l'enfance en vigueur dans presque toutes les provinces canadiennes et tous les États américains.

Bien que l'on reconnaisse que les travailleurs sociaux sont les pionniers en matière de protection de l'enfance et par le fait même à l'origine des progrès actuels dans ce domaine, c'est à la profession médicale que revient le mérite d'avoir sensibilisé le monde entier à l'étendue du problème. En 1962, le Dr Henry Kempe et ses adjoints ont été les premiers à décrire le «syndrome de l'enfant maltraité», les résultats de leurs recherches ayant été ensuite publiés dans le prestigieux *Journal of the American Medical Association*⁽¹⁾. Leur article a causé une vive réaction chez les nations du monde entier, les forçant à intervenir. Le gouvernement américain a d'ailleurs mis toute la population sur un pied d'alerte devant l'ampleur du phénomène, déterminé à revoir sa politique pour le combattre. Jusqu'en 1967, les 50 États américains et le District of Columbia adoptèrent des lois obligeant à signaler les cas d'enfants victimes de sévices. La rapidité avec laquelle les mesures ont été prises est sans précédent dans toute l'histoire de la protection de l'enfance. La création d'un National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN)

sous l'égide des membres du Congrès en 1974 venait marquer le renforcement de la politique américaine visant à lutter contre la violence envers les enfants⁽²⁾. Bon nombre des progrès accomplis étaient alors attribuables à la persévérance des membres du corps médical.

L'Ontario est la première province canadienne à édicter une loi sur le signalement obligatoire, en 1965, les autres provinces ayant emboîté le pas peu longtemps après. En 1973, l'Ontario confirma son appui à un important programme coordonné visant à lutter contre la violence faite aux enfants. Les professionnels de la santé, jouant un rôle essentiel dans le dépistage, le signalement et le traitement de la violence envers les enfants, constituaient, pour le gouvernement canadien, dans sa lutte contre la violence, d'importants partenaires sur tous les plans. Au cours des années 1980, la totalité des provinces et des territoires poursuivirent leurs efforts visant à modifier les lois en matière de protection de l'enfance et d'y inclure des dispositions relativement au signalement obligatoire. Actuellement, seules les lois du Yukon ne prévoient pas de telles dispositions (voir à l'annexe A des extraits tirés des lois canadiennes sur le signalement).

1.2 Un problème d'actualité

Trois décennies se sont presque écoulées depuis que les gouvernements canadien et américain ont procédé au lancement d'un important programme visant à combattre la violence envers les enfants, qui exigeait entre autres l'adoption de lois obligeant à signaler les cas d'enfants victimes de sévices. La formation professionnelle, l'éducation du public, la recherche, l'amélioration du réseau de prestation de services sur le plan de l'efficacité et de la productivité, la sélection d'un bureau central de classement des dossiers regroupant des cas de violence envers les enfants et la constitution de bases de données informatisées sont parmi les initiatives entreprises pour dépister les cas d'enfants victimes de violence et de négligence. De plus, tous les principaux groupes professionnels oeuvrant dans le domaine de la protection de l'enfance ont mis toute leur énergie et tous leurs talents à contribution afin de réduire

l'incidence et les conséquences de la violence envers les enfants. Les professionnels de la santé – les médecins surtout – demeurent le principal groupe visé par les lois relativement au signalement obligatoire des cas de violence envers les enfants, étant ceux qui risquent le plus souvent dans leur milieu de rencontrer des victimes de cette violence et ceux que l'on considère les plus aptes à diagnostiquer et traiter certaines formes de violence envers les enfants.

Malheureusement, les dirigeants de la collectivité médicale et du milieu hospitalier sont de plus en plus nombreux à croire que les professionnels de la santé ne possèdent pas la formation nécessaire au dépistage des cas d'enfants victimes de violence et de négligence. Par exemple, lors d'une audience tenue à la demande de la Temporary Commission of Investigation of the State of New York, visant à restructurer le système de protection de l'enfance de l'État, deux pédiatres, agissant à titre de conseillers auprès d'équipes multidisciplinaires sur la protection de l'enfance, ont déclaré que les médecins étaient «souvent inaptes à effectuer les examens médicaux nécessaires sur les enfants victimes de violence physique et sexuelle»⁽³⁾. Ils ont également révélé à la Commission que «les membres du corps médical hésitent souvent à traiter les cas d'enfants victimes de violence sexuelle...» et que «les médecins ne savent souvent pas quoi chercher ou sur quoi porter leur attention lorsqu'ils examinent un enfant victime de violence sexuelle». Le Dr Jaeger a affirmé que «les médecins, pour la plupart, ont peine à accepter que des enfants puissent être victimes d'agressions sexuelles et que, pour cette raison, ne posent pas les bonnes questions à leurs patients». Cheryl Levitt, auteure d'un rapport récent sur la violence envers les enfants produit pour le compte du Collège des médecins et chirurgiens du Canada, est d'avis que «les médecins ont souvent peine à conclure qu'un enfant est victime de violence en raison de la formation insuffisante reçue en cette matière dans les écoles de médecine». Elle ajoute aussi que «beaucoup de médecins ne savent pas à qui s'adresser en présence de tels cas et ne connaissent pas très bien l'impact qu'aura leur recours»⁽⁴⁾.

1.3 Objectifs du présent rapport

Devant les problèmes que soulèvent actuellement le dépistage, la classification et le signalement des cas de violence envers les enfants chez

les médecins des établissements de santé, nous avons entrepris de rédiger le présent rapport afin d'offrir un aperçu de la situation actuelle dans ce domaine. Les principaux objectifs du rapport se lisent comme suit :

- cibler et aborder certains problèmes reliés à la définition, à l'étendue et au signalement de la violence envers les enfants;
- étudier les lois et la jurisprudence canadiennes relatives au signalement obligatoire des cas d'enfants victimes de violence;
- présenter une vue d'ensemble des méthodes de dépistage, de classification et de signalement des cas de violence envers les enfants utilisées dans huit hôpitaux.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons mené une étude comportant trois volets : le premier (chapitre 2.0) était de procéder à une analyse documentaire des cas de violence envers les enfants au Canada et à l'étranger. Le second (chapitre 3.0) consistait à effectuer une étude approfondie des lois et de la jurisprudence canadiennes relatives au signalement obligatoire des cas d'enfants victimes de violence. Enfin, le troisième visait à recueillir des données au moyen d'entrevues téléphoniques auprès du personnel hospitalier afin d'obtenir le «profil institutionnel» de huit programmes mis en oeuvre par les hôpitaux portant sur le dépistage, le signalement et le traitement des cas d'enfants victimes de violence au Canada. Les établissements visés regroupaient les hôpitaux pédiatriques de Vancouver, Calgary, Winnipeg, Toronto, Hamilton, Ottawa, Montréal et Halifax. Un court profil de ces établissements est présenté au chapitre 4.0 du présent rapport. Le chapitre 5.0 contient des recommandations portant sur les méthodes de signalement et de classification des cas de violence envers les enfants utilisées par les professionnels de la santé.

1.4 Restrictions

Étant donné l'ampleur et les délais d'exécution de cette étude, de même que l'insuffisance des données en matière de violence envers les enfants, le présent rapport est soumis aux restrictions suivantes.

1.4.1 Documentation canadienne restreinte

L'un des problèmes pratiques auxquels s'est heurtée la production du présent rapport est l'insuffisance extrême, au Canada, d'écrits et d'études pertinents en matière de dépistage et de signalement des cas d'enfants victimes de violence⁽⁵⁾. Plus de 90 % des livres, des articles et des données portant sur la violence envers les enfants proviennent des États-Unis, les autres faisant état pour la plupart de situations vécues au Royaume-Uni et en Australie. Nous devons donc nécessairement nous appuyer en grande partie sur la documentation américaine, laquelle ne s'appliquait pas toujours à la situation canadienne.

1.4.2 Mauvaise représentation des services hospitaliers

L'autre problème majeur est que les profils institutionnels décrits au chapitre 4.0 du présent rapport ne sont pas représentatifs des services hospitaliers canadiens. Les hôpitaux situés dans les grandes régions métropolitaines, disposant de programmes bien conçus en matière de violence envers les enfants, ont été sélectionnés intentionnellement. Étant donné que le regroupement de données du genre constitue en fait une première au Canada, notre choix s'est arrêté sur les établissements dotés, dirait-on, d'une «expérience supérieure». Il nous a semblé que les données recueillies auprès de ces établissements nous aideraient à déterminer les problèmes reliés au dépistage, à la classification et au signalement des cas d'enfants victimes de violence et que les descriptions fournies par ceux-ci pourraient servir de modèles à d'autres initiatives entreprises dans des endroits différents.

2.0 Définition, étendue et signalement de la violence envers les enfants : examen de la documentation

2.1 Définitions

Les praticiens, les chercheurs, les législateurs et les analystes de politiques concernés par la violence envers les enfants sont tous unanimes devant l'ambiguïté des définitions données au concept de violence et de négligence envers les enfants. La définition du concept est un problème extrêmement complexe, auquel on n'a pas trouvé encore de solution. C'est d'ailleurs un problème qui revient souvent dans la documentation à ce sujet.

2.2 Étendue de la violence envers les enfants et types de cas déclarés

Les données nationales sur l'incidence des cas de violence envers les enfants démontrent que le nombre de cas d'enfants victimes ou présumément victimes de violence connaît actuellement une hausse importante. Par exemple, une importante étude américaine estime qu'en 1993, le nombre d'enfants que les sources de signalement autorisées croyaient avoir été victimes de violence ou de négligence aux États-Unis atteignait presque 42 sur 1 000, soit une augmentation énorme par rapport à 1986, où cette proportion se situait à 22,6 sur 1 000⁽⁶⁾. Une étude d'incidence menée récemment sur des allégations de violence et de négligence signalées à un certain nombre de sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario indique que le taux de cas déclarés de violence envers les enfants dans la province est de 21 sur 1 000⁽⁷⁾.

Dans le présent chapitre, comme dans le prochain, nous examinerons la nature des données portant sur le dépistage et le signalement dans les établissements médicaux et hospitaliers. À cet égard, nous présenterons les données courantes sur les tendances quant au signalement, ainsi que les types de cas déclarés. La section 2.3 traitera particulièrement des probabilités de signalement et des taux de corroboration des cas. Une partie des données disponibles ne sont pas fiables ni complètes pour un certain nombre de raisons, mais elles serviront toutefois à définir de façon générale la situation qui prévaut actuellement dans les établissements médicaux et hospitaliers

quant au dépistage et au signalement des cas d'enfants victimes de violence.

2.2.1 Données canadiennes

Le Canada ne dispose pas de données nationales sur la violence envers les enfants. Le projet le plus ambitieux visant à recueillir des données nationales sur la violence sexuelle envers les enfants a été entrepris par Robin Badgley au début des années 1980⁽⁸⁾. Cependant, le projet doit davantage son succès à l'impact qu'il a produit sur le plan de la législation plutôt qu'à la valeur même de ses données. Il a en effet donné lieu, quatre ans plus tard, à l'adoption du Projet de loi C-15, ainsi qu'à des amendements au *Code criminel du Canada* et à la *Loi sur la preuve au Canada*. Le Centre canadien de la statistique juridique est également responsable de la compilation de statistiques criminelles nationales reliées à des agressions à l'endroit d'enfants, qui ont été signalées à la police. Actuellement, par contre, ces données, qui pourraient éventuellement devenir très utiles, le sont partiellement étant donné que la plupart ne proviennent que de certains services de police urbaine de l'Ontario et du Québec⁽⁹⁾. L'insuffisance de données nationales sur la violence envers les enfants est considérée comme un problème d'importance majeure dans un rapport produit récemment par le gouvernement fédéral, ayant pour titre *Bien-être de l'enfance au Canada : Le rôle des autorités provinciales et territoriales en matière d'enfance maltraitée*⁽¹⁰⁾. Le rapport confirme que les provinces et les territoires conservent des données statistiques qui ont été recueillies dans le but de satisfaire les besoins de chaque autorité sur le plan administratif et de la gestion de cas et qui, à ce juste titre, ne sont pas comparables. Ce problème a considérablement ralenti les efforts visant à élaborer un programme national qui traiterait du phénomène de l'enfance maltraitée au Canada.

Même les données locales ou régionales sur la violence envers les enfants au Canada, surtout celles qui ont trait au personnel médical en milieu hospitalier, sont rares. L'Étude d'incidence de l'Ontario (EIO), menée en 1993, est jusqu'à présent la source la plus complète et la

plus fiable relativement aux cas déclarés de violence envers les enfants au Canada, même si elle ne relève que des cas provenant de l'Ontario⁽⁷⁾. Ces données ont été recueillies auprès de travailleurs sociaux responsables de l'accueil et de la prise en charge d'enfants maltraités dans 14 des 15 sociétés ontariennes d'aide à l'enfance sélectionnées à partir d'un échantillon totalisant 50 agences non autochtones (aucune des agences autochtones n'ayant été sélectionnée). Des renseignements détaillés ont été fournis par les travailleurs sur chacun des 2 447 cas visés.

La EIO est importante non seulement parce que c'était la première étude d'incidence efficace au Canada¹, mais aussi en raison de son cadre définitionnel⁽⁷⁾. Ses définitions comportaient des éléments tirés à la fois de la documentation et de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, adoptée en Ontario en 1984. De plus, son cadre définitionnel se rapprochait beaucoup des normes de classification «Harm» et «Endangerment»² dont se sert l'Étude d'incidence nationale (EIN) des cas de violence et de négligence envers les enfants, menée par Westat, Inc. pour le compte du gouvernement américain depuis 1979. Cette approche définitionnelle combinée comporte au moins quatre avantages. D'abord, elle contourne les ambiguïtés que comporte le dépistage de la violence en matière de protection de l'enfance sans négliger toutefois les réalités et les exigences législatives auxquelles les défenseurs de l'enfance doivent se conformer. Deuxièmement, en raison du fait que son cadre définitionnel transcende les définitions idiosyncratiques propres aux agences, elle devient totalement mobile, dans le temps comme dans l'espace. Sur le plan de la recherche, c'est un avantage extrêmement important, puisqu'elle permet de comparer les tendances ou les changements d'une année à l'autre, dans un

même endroit comme d'un endroit à l'autre. Troisièmement, le cadre donne lieu à l'établissement d'indices bien précis servant à évaluer les différentes formes de violence, comme la violence physique et la violence psychologique, les facteurs ou indicateurs reliés à chaque forme étant connus. Enfin, en empruntant le système de classification de la EIN, il devient moins difficile de faire des comparaisons sur le plan international⁽¹³⁾.

Le tableau 2.1 présente les principaux résultats de la EIO obtenus auprès des professionnels de la santé.

Des précisions doivent être apportées concernant ces résultats :

- Tous les professionnels de la santé ont signalé un total de 15 % de tous les cas de l'enquête. Dans le domaine des soins de santé, ce sont les hôpitaux et les professionnels en santé mentale qui ont signalé la proportion la plus élevée de cas (5 % de tous les cas de chaque côté), suivis de près par les médecins de famille (4 %). Le personnel infirmier en santé publique a signalé 1 % de tous les cas de l'enquête.
- La violence physique constituait la principale forme de violence (36 %) signalée par les professionnels de la santé. Viennent en deuxième et troisième lieu la violence sexuelle (29 %) et la négligence (26 %).
- Parmi tous les cas de violence physique signalés par les professionnels de la santé, les hôpitaux et les professionnels en santé mentale viennent en tête avec 37 % et 36 % respectivement. Les médecins de famille suivent avec 27 % des cas. Le personnel infirmier en santé publique n'a signalé aucun cas de violence physique.

¹ L'enquête sur la santé – la Ontario Health Supplement Survey – menée en 1991 auprès des résidents ontariens de plus de 15 ans fait partie des études à grande échelle sur la violence envers les enfants ayant obtenu d'excellents résultats. Cette enquête, s'appuyant sur un questionnaire à remplir soi-même, traitait exclusivement de la prévalence de la violence sexuelle et physique durant l'enfance. Elle a ainsi permis de constater que 10,7 % des sujets masculins et 9,2 % des sujets féminins avaient subi de graves sévices physiques au cours de leur enfance⁽¹¹⁾. La proportion de sujets féminins (11,1 %) ayant déclaré avoir été victimes de graves sévices sexuels dans leur enfance était plus élevée que chez les sujets masculins (3,9 %). Toutefois, les données de l'enquête ne présentaient aucun lien avec les établissements médicaux et hospitaliers.

² La norme définitionnelle «Harm» a été utilisée aux fins de la EIN-1, de la EIN-2 et de la EIN-3. La norme «Endangerment», moins rigoureuse, a été ajoutée lors de la EIN-2 et de la EIN-3. La signification donnée à ces deux normes est plutôt complexe. En termes simples, nous pourrions dire que la norme Harm englobe tous les enfants ayant subi des blessures apparentes à la suite de sévices, tandis que la norme Endangerment inclut à la fois les enfants ayant subi des blessures apparentes et ceux ayant été menacés de telles blessures. La norme Harm comporte donc des critères plus rigoureux de dépistage de la violence envers les enfants que la norme Endangerment⁽¹²⁾.

Tableau 2.1

Cas soumis par les professionnels de la santé, en 1993, répartis selon la forme de violence* (inclut également le % de tous les cas de l'enquête et le taux de corroboration pour chaque groupe professionnel) : Étude d'incidence de l'Ontario

	Violence physique	Violence sexuelle	Négligence	Autre	% source du rapport	% total de l'enquête	Taux de corroboration de la source du signalement
Hôpital	852 (37 %)	495 (26 %)	607 (36 %)	155 (29 %)	2 109 (33 %)	5 %	35 %
Infirmier(ère) en santé publique	0 (0 %)	48 (2 %)	186 (11 %)	0 (0 %)	234 (4 %)	1 %	71 %
Médecin de famille	614 (27 %)	784 (42 %)	213 (12 %)	136 (25 %)	747 (27 %)	4 %	20 %
Professionnel en santé mentale	836 (36 %)	554 (29 %)	672 (40 %)	245 (46 %)	307 (36 %)	5 %	23%
Total	2 302 (100 %)	1 881 (100 %)	1 678 (100 %)	536 (100 %)	397 (100 %)	15 %	Moy. = 28 %
% forme de violence	36 %	29 %	26 %	8 %	100 %		

* Tous les chiffres ont été tirés du tableau 7.1 du rapport de la EIO⁽⁷⁾. Reproduction autorisée par les auteurs.

- En ce qui a trait aux cas de violence sexuelle, ce sont les médecins de famille qui en ont signalé le plus grand nombre, soit 42 % de tous les cas signalés par les professionnels de la santé. Les rapports produits par les hôpitaux et les professionnels en santé mentale font état de 26 % et de 29 % des cas respectivement.
- Dans leur ensemble, les hôpitaux et les professionnels en santé mentale ont signalé les trois quarts des cas de négligence. Malgré le nombre restreint de cas déclarés en général, le personnel infirmier en santé publique a signalé 11 % de l'ensemble des cas de négligence. Cette proportion se rapproche beaucoup de celle des médecins de famille, soit 12 %.
- Le taux de corroboration des cas signalés par le personnel infirmier en santé publique était de 71 %, le taux le plus élevé de toute l'enquête. Les cas de négligence signalés par le personnel infirmier en santé publique étaient pour la plupart parmi les plus difficiles à corroborer (p. ex., presque les quatre-cinquièmes des cas signalés par le personnel infirmier en santé publique comportaient des allégations de négligence envers un enfant).
- Les cas signalés par les médecins de famille avaient un taux de corroboration faible (20 %). Près de la moitié des cas signalés

(45 %) par les médecins étaient des cas présumés de violence sexuelle⁽⁷⁾.

- Le taux de corroboration des cas signalés par les hôpitaux était de 35 %, cette proportion chutant à 23 % chez les professionnels en santé mentale. Tous les cas signalés par les professionnels de la santé témoignaient d'un taux de corroboration global de 28 %, équivalent presque à la moyenne de l'enquête qui était de 27 %.

En résumé, aucune étude nationale fiable n'a à ce jour été menée sur l'incidence de la violence envers les enfants au Canada. Il ne faut cependant pas omettre de souligner la mise sur pied, il y a tout récemment, de l'Étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants (EIC). Dirigée par une équipe de chercheurs canadiens, ayant à sa tête Nico Trocmé de l'Université de Toronto, cette étude vise à :

- créer une base de données nationales sur l'incidence des cas de violence et de négligence envers les enfants;
- mettre sur pied des données de base sur les cas déclarés de violence et de négligence et analyser les tendances quant à leur signalement;
- favoriser une meilleure compréhension des formes de violence et de la gravité des cas;

- appuyer l'affectation de ressources destinées à aider les enfants exposés à la violence;
- recueillir des données servant à appuyer l'élaboration de programmes et de politiques à l'intention des enfants et des jeunes exposés à la violence.

L'étude traitera des cas d'enfants victimes de violence et de négligence qui ont été ciblés par les agences de protection de l'enfance ou signalés à celles-ci. Elle ne tiendra toutefois pas compte des cas non déclarés. Les résultats de l'étude seront dévoilés en l'an 2000.

2.2.2 Données américaines

Aux États-Unis, on compte deux principales sources de données nationales : le NCPCA (National Committee for the Prevention of Child Abuse) et le NCCAN (National Center on Child Abuse and Neglect). Le NCPCA est l'organisme privé chargé de l'enquête statistique annuelle sur le nombre de cas, les services et l'administration des agences de protection de l'enfance dans les 50 États américains^(14,15). Le NCCAN est l'organisme mandaté par le Congrès pour effectuer une série d'études d'incidence nationale^(6,12,16-19). L'une des principales fonctions de la EIN est d'évaluer les probabilités de signalement. C'est d'ailleurs ce qui a motivé la création d'un système de collecte de données par «sentinelle», système très coûteux et difficile à administrer, qui a recours à plus de 5 600 professionnels autorisés ou «sentinelles» ayant fait l'objet d'une sélection minutieuse afin de représenter statistiquement tous les groupes professionnels et toutes les régions des États-Unis (la EIN-3⁽⁶⁾ comptait 5 612 sentinelles réparties dans 842 agences desservant 42 pays). Durant la période de l'étude, les sentinelles transmettent à la EIN tous les cas soupçonnés de violence à l'endroit d'un enfant, y compris ceux qu'elles ont elles-mêmes traités et non seulement ceux qu'elles ont signalés. La forme de violence et la nature ou la gravité du tort ou du préjudice sont notées sur des formulaires de renseignements et selon les définitions de la EIN. Étant donné que les chercheurs de la EIN peuvent faire le lien entre l'identification des sentinelles de l'échantillon et les causes en instance dans les services locaux de protection de l'enfance, ils sont en mesure de déterminer qui a signalé quoi et combien ont été signalés. En reliant ces renseignements aux données sur tous les cas traités par les sentinelles, les chercheurs de la EIN peuvent évaluer combien de cas cadrent dans les définitions de l'étude mais

n'ont pas été signalés. Malheureusement, le NCPCA et la EIO ne disposent pas de ce mécanisme supplémentaire de collecte de données.

Si on tient compte de leurs objectifs et de leur méthodologie, on pourrait dire que la EIO se compare assez bien à la EIN, à une exception près cependant, mais combien importante : la EIN est dotée d'un système de collecte de données par sentinelle, ce qui n'est pas le cas de la EIO. C'est pour cette raison que la EIN peut évaluer la probabilité de signalement de chaque catégorie de professionnels autorisés.

Outre ces deux sources neutres, on compte également des enquêtes à plus courte échelle auprès de la population, des analyses de dossiers d'hôpitaux et des analyses secondaires des données de la EIN. Le présent chapitre fait d'ailleurs état des résultats de ces diverses sources.

Les données recueillies par l'AAPC (U.S. Association for Protecting Children) et le NCPCA indiquent une augmentation constante du nombre probable d'enfants présumés victimes d'agressions et dont le cas a été signalé aux services de protection de l'enfance au cours des 17 dernières années, passant de 1,154 million en 1980 à 3,126 millions en 1996, soit une hausse de 171 % en 17 ans. Cependant, les données du NCPCA révèlent également que la hausse de plus de 0,48 % en 1996 par rapport à 1995 (3,111 millions) est sans importance et que le nombre de cas déclarés semble s'être stabilisé depuis 1994^(14,15,18).

Les données de la EIN indiquent aussi une forte tendance à la hausse, bien que la méthode utilisée soit différente. Se servant des données de la norme Harm (comme c'est le cas de la EIO), le tableau 2.2 fait état d'une augmentation de 149 % du nombre probable de cas déclarés d'agressions chez les enfants entre 1980 et 1993 et de 67 % entre 1986 et 1993. (Cependant, l'AAPC et le NCPCA enregistrent des augmentations bien différentes pour cette même période; à partir des statistiques de l'AAPC et du NCPCA, nous avons procédé à d'autres calculs qui nous ont donné 171 % environ entre 1980 et 1993 et 50 % environ entre 1986 et 1993.) Si on tient compte maintenant de la norme Endangerment (dont les critères de définition de la violence sont moins rigoureux), nous constatons que le nombre probable d'enfants maltraités a presque doublé (98 %) entre 1986 et 1993. Voilà qui démontre com-

bien les écarts de définition peuvent altérer de façon drastique notre compréhension et notre perception de la nature et de l'ampleur du problème que représente la violence envers les enfants. Une macro-analyse de la relation entre le caractère général des définitions du concept de violence envers les enfants que l'on constate dans la loi sur le signalement dans certains États et le nombre de cas signalés révèle que les États admettant l'utilisation de définitions plus larges ont des probabilités de signalement beaucoup plus élevées que ceux qui utilisent des définitions plus restreintes⁽²⁰⁾. Cette étude permet de mieux expliquer pourquoi l'utilisation de la norme Endangerment a permis de cibler et de signaler beaucoup plus de cas présumés de violence envers un enfant que la norme Harm³.

Dans les rapports qu'elle vient de publier, la EIN révèle que les professionnels oeuvrant dans les hôpitaux et les organismes de santé mentale reconnaissent les cas de violence et de négligence beaucoup plus rapidement en 1993 (EIN-3) qu'en 1986 (EIN-2). Depuis 1986, les hôpitaux ont plus que triplé la vitesse avec laquelle ils reconnaissent les cas de maltraitance à l'endroit des enfants (selon la définition de la norme Harm), les organismes de santé mentale les reconnaissant maintenant quatre fois plus vite qu'à cette date. Les auteurs de ces rapports attribuent cette hausse au diagnostic beaucoup plus efficace auquel arrivent maintenant ces profes-

sionnels grâce à une meilleure formation sur les méthodes et les définitions de la EIN, ainsi qu'à une conformité plus rigoureuse à celles-ci. Cependant, durant cette même période, le pourcentage de cas sur lesquels les services de protection de l'enfance ont enquêté a diminué considérablement, passant de 44 % à 28 % pour les cas associés à la norme Harm et de 51 % à 33 % pour ceux répondant à la norme Endangerment. Étant donné que le nombre réel de cas examinés par les services de protection de l'enfance est demeuré stable, bien que le nombre de cas ait augmenté, les auteurs en sont venus à la conclusion que la baisse du nombre de cas examinés venait confirmer la saturation du système⁽⁶⁾. En d'autres mots, les services de protection de l'enfance ont peut-être épuisé les ressources dont ils disposaient, situation de crise qu'avait d'ailleurs prédite l'ancien directeur exécutif du NCPCA en 1979 en la jugeant d'inévitable. Il avait alors affirmé que «le processus de dépistage devenant plus efficace et plus rigoureux, le système deviendra saturé et ses ressources s'épuiseront. Les services de traitement, qui fonctionnent déjà à plein régime, connaîtront un ralentissement graduel, qui ne tardera pas à s'intensifier»⁽⁵⁾. Il vaut également la peine de souligner que «la baisse (du nombre de cas examinés par les services de protection de l'enfance) n'était importante que chez les enfants dépistés dans les organismes

Tableau 2.2
Nombre total de cas répondant à la norme Harm ou à la norme Endangerment (EIN-1, EIN-2 et EIN-3)

	EIN-1 (1980)	EIN-2 (1986)	EIN-3 (1993)
Norme Harm	625 100	931 000 (49 % de plus que la EIN-1)	1 553 800 (149 % de plus que la EIN-1) (67 % de plus que la EIN-2)
Norme Endangerment	S/O	1 424 400	2 815 600 (98 % de plus que la EIN-2)

³ Outre les définitions que l'on donne au concept de violence envers les enfants, d'autres utilisées fréquemment dans le domaine sont aussi déconcertantes, puisqu'elles peuvent être interprétées différemment selon chacun. Les chercheurs du NCPCA ont, à cet égard, ciblé trois types de définitions problématiques : celle que l'on donne à a) un cas d'enfant victime de violence (avant ou après le triage initial), à b) un cas (enfant, famille, incident ou tout autre unité d'analyse) et, enfin, à c) un acte devant être signalé (selon l'endroit où a eu lieu l'agression et la relation entre le présumé agresseur et l'enfant)⁽¹⁴⁾. De plus, les statistiques nationales sont grandement influencées par certains facteurs, dont le caractère adéquat des systèmes de saisie locaux, le double emploi d'un même cas, les taux de retour différentiels, les données manquantes et autres problèmes occasionnés au système. L'interprétation et l'utilisation des statistiques reliées à la violence envers les enfants, surtout des statistiques nationales, sont rarement simples et nécessitent plutôt une bonne dose de compétences techniques avancées, de connaissances sur le sujet et d'expérience.

d'application de la loi et les hôpitaux»⁽⁶⁾. On ne s'explique pas pourquoi cette baisse du nombre de cas examinés par les services de protection de l'enfance vise particulièrement les cas déclarés par les hôpitaux et les organismes d'application de la loi.

2.2.3 Cas signalés par les professionnels de la santé dans la collectivité médicale et en milieu hospitalier

Les statistiques suivantes reflètent une partie des données actuelles sur les cas déclarés de violence envers les enfants dont font état les études menées par les hôpitaux et les professionnels de la santé à ce sujet.

- L'une des premières études portant sur les cas signalés par les professionnels de la santé dans la collectivité médicale et en milieu hospitalier, auxquelles on fait souvent référence, révèle qu'en Virginie, les cas d'enfants victimes de violence signalés par les médecins représentaient 8 % de tous les cas reçus par les services de protection de l'enfance entre 1979 et 1983⁽²¹⁾. Dans une étude connexe sur les méthodes de signalement des médecins, presque la totalité des 252 médecins interrogés ont affirmé avoir tendance à dénoncer tous les cas de violence physique (91 %) ou de violence sexuelle (92 %). Toutefois, ils se sont montrés beaucoup moins unanimes lorsqu'on leur a demandé s'ils agissaient de la même façon pour les cas de violence où les marques physiques sont moindres. Seulement 58 % ont dit signaler tous les cas de négligence physique, 45 % auraient tendance à signaler tous les cas de violence psychologique et 43 % signaleraient tous les cas présumés de négligence médicale⁽²²⁾.
- L'enquête menée en 1991 par le NCPA sur le nombre de cas soumis aux services de protection de l'enfance révèle qu'un peu plus de la moitié seulement (51,5 %) de toutes les allégations de violence envers des enfants transmises aux services de protection de l'enfance provenait de professionnels autorisés, ces mêmes personnes tenues par la loi de signaler tout cas de violence envers un enfant. (Bien entendu, cette proportion varie d'une région à l'autre; par exemple, en 1994, dans l'État de New York, les professionnels autorisés ont signalé 60,1 % des cas au total⁽³⁾.) Les autres cas, soit une proportion de 48,5 %, ont été signalés par des sources non autorisées. Les professionnels de la santé ont signalé 10,5 % des cas⁽¹⁸⁾. En 1993, la

EIO a également révélé que les sources autorisées et non autorisées avaient signalé pratiquement le même pourcentage de cas, la même observation ayant été faite chez les hôpitaux et le personnel médical, qui se partageaient 10 % des cas au total – 5 % pour les hôpitaux, 4 % pour les médecins et 1 % pour le personnel infirmier en santé publique (voir le tableau 2.1).

- Selon une étude à grande échelle portant sur les dossiers médicaux de 642 enfants traumatisés, traités au service d'urgence d'un hôpital du Kansas ou hospitalisés dans ce même hôpital au cours d'une période de six mois en 1992, seulement 23 cas (4 %) avaient été signalés aux services de protection de l'enfance au moment de l'examen. Cependant, les chercheurs soulignent également qu'en raison de la documentation médicale insuffisante, les médecins n'ont pu distinguer les traumatismes accidentels de l'agression chez 41 (6 %) autres cas. Cette lacune ne leur a pas permis non plus d'évaluer le nombre exact d'enfants présumément victimes d'agressions, cas qui, normalement, auraient dû être signalés conformément à la loi sur le signalement obligatoire. Mis à part le manque de documentation, il est possible que les médecins traitants aient hésité à dénoncer ces cas pour toutes sortes de raisons⁽²³⁾.
- La désormais très célèbre étude de Hampton et Newberger⁽²⁴⁾ révèle que le personnel hospitalier a soulevé, parmi les 625 000 cas probables d'enfants maltraités répertoriés par l'étude d'incidence nationale de 1979 – 1980, 77 379 cas (11,9 %) définis selon la norme Harm. L'ensemble des données médicales relevées dans les hôpitaux par les chercheurs de la EIN-1 révèle 805 cas définis par la norme Harm, dont 66,6 % ayant été signalés. Les auteurs de l'étude ont conclu que cette probabilité de signalement était trop faible. Ils ont également démontré que, comparativement aux cas non déclarés, les cas déclarés faisaient état des formes de violence suivantes dans un pourcentage beaucoup plus élevé : violence physique (75,6 %), violence sexuelle (80,8 %), négligence physique (65,8%) et autres formes de violence (85,4 %). Par contre, ils ont constaté un pourcentage beaucoup plus élevé des formes de violence suivantes dans les cas non déclarés : violence psychologique (63,9 %), négligence éducative (94,5 %) et négligence psychologique

(57,4 %). De plus, après avoir procédé à une analyse discriminante, les chercheurs ont fait d'importantes découvertes. Ils ont d'abord constaté que les hôpitaux avaient tendance à signaler plus fréquemment aux services de protection de l'enfance les cas de violence chez les enfants de race noire issus de familles pauvres. Ils ont ensuite remarqué, par contre, que les cas de violence psychologique envers les enfants issus de familles à revenu élevé étaient les moins signalés. Enfin, ils ont observé que la gravité du sévère n'était considérée comme un critère de décision que lorsque l'impact du revenu était maintenu constant. Ces résultats sont de l'avis de tous une preuve irréfutable de la partialité dont font preuve les personnes ayant signalé ces cas.

- Chacune des trois études d'incidence nationale a relevé un fait important : l'incidence des cas de violence envers les enfants ne comporte en général aucune discrimination quant à la race des victimes, observation comprenant peut-être certaines exceptions, comme nous l'avons déjà mentionné⁽²⁴⁾. Une analyse récente a démontré que le plan d'échantillonnage de la EIN, duquel sont exclues les sources de signalement non autorisées, pourrait rendre l'interprétation des données de la EIN difficile. Par exemple, en se servant d'un sous-échantillon composé d'enfants de race noire pour les fins de la EIN, les chercheurs ont constaté qu'en tenant compte du caractère biaisé du plan d'échantillonnage, «les surdéclarations de cas de violence envers des enfants de race noire, faites aux services de protection de l'enfance par les établissements médicaux, n'était plus aussi élevées. Il en est de même d'ailleurs chez les enfants de race noire victimes d'agressions, issus de familles de classe inférieure»⁽²⁵⁾. Cette analyse est très importante pour trois raisons. D'abord, elle révèle une lacune potentielle importante dans la méthodologie empruntée par la EIN, qui ferait obstacle même à l'interprétation directe des données de base. Deuxièmement, elle remet en question un fait depuis longtemps établi⁽²⁴⁾ voulant que les victimes de race noire issues de milieux pauvres soient beaucoup plus souvent signalées par les établissements médicaux aux services de protection de l'enfance. Enfin, cette analyse est le parfait exemple de la valeur que peut avoir une analyse secondaire.
- Au terme d'une autre importante analyse secondaire des données de la EIN – touchant

cette fois la EIN-1 et la EIN-2 – les chercheurs ont déclaré que «en 1980, il était moins probable que les services de protection de l'enfance soient mis au courant des cas de *négligence* psychologique ou physique que des cas de *violence* physique ou psychologique relevés par le personnel hospitalier», et que «en 1986, il était plus probable que les services de protection de l'enfance soient informés des dossiers d'hôpitaux faisant état d'enfants de race noire plutôt que de ceux traitant d'enfants de race blanche, la forme de violence y étant contrôlée»⁽²⁶⁾. Malgré la légitimité, semblerait-il, des observations en général, un examen plus approfondi de leur analyse a permis de cibler deux problèmes. Premièrement, en 1980, il était plus probable que le personnel hospitalier signale aux services de protection de l'enfance un nombre beaucoup plus élevé de cas de violence physique ou psychologique que de cas de négligence physique ou psychologique, situation qui, en 1986, s'est révélée presque le contraire. Les auteurs ne s'expliquent pas ce revirement. Deuxièmement, on ne dispose pas de résultats d'analyse en 1986 permettant de comparer la probabilité de signalement des cas de violence à l'endroit des enfants de race noire à celui des cas mettant en cause des enfants d'autres races.

- Enfin, une étude fort utile, bien que mal connue, a été menée par Giovannoni au milieu des années 1980 auprès de neuf services de protection de l'enfance situés dans une région urbaine et deux régions rurales des États-Unis⁽²⁷⁾. Celle-ci avait pour but d'analyser 1 140 dossiers ouverts par des travailleurs sociaux des services de protection de l'enfance, à la suite d'allégations de violence faites par des sources de signalement autorisées et non autorisées s'échelonnant sur une période de 5 à 10 mois. L'analyse vérifiait surtout la précision des termes utilisés, l'uniformité dont avait fait preuve la collecte de données et l'utilisation de méthodes statistiques adéquates. Le chercheur a constaté «l'absence d'écarts significatifs entre les cas de préjudice physique signalés par les sources autorisées ou entre ces cas et les cas signalés par des sources non autorisées». Giovannoni a également découvert que la principale forme de violence signalée par les sources médicales – 93 au total – était le «défaut de subvenir aux besoins», représentant 34 % des plaintes, suivi par la violence sexuelle (22 %), la violence

psychologique (20 %), le préjudice physique (18 %) et la violence physique (16 %). (Remarque : certains enfants avaient subi de multiples formes de violence.) Ces constatations diffèrent légèrement de celles d'autres études, mais démontrent bien que les études portant sur la violence envers les enfants révèlent des données qui varient selon la région, l'année et/ou la méthodologie utilisée. Ces études illustrent surtout les avantages que nous avons de tenir compte de tous les éléments du tableau, y compris ceux que nous dépeignent les sources autorisées comme les sources non autorisées.

2.3 Probabilités de signalement et taux de corroboration des cas⁴

Il est utile de connaître le nombre et la nature des cas signalés aux services de protection de l'enfance, de même que l'auteur de leur signalement, car ces renseignements indiquent par quelles catégories de professionnels les cas sont le plus souvent signalés. Toutefois, ils ne révèlent pas le pourcentage de cas d'enfants maltraités dépistés mais non signalés, ni le pourcentage de cas de violence corroborés par les services de protection de l'enfance.

2.3.1 Probabilités de signalement

En connaissant les probabilités de signalement des cas par les professionnels, il est possible d'évaluer le pourcentage de sous-déclaration chez ceux-ci. C'est une information qui n'est pas négligeable, puisqu'elle nous permet de vérifier si les lois sur le signalement obligatoire sont appliquées. De plus, il est possible de cibler les obstacles au signalement et de concevoir des stratégies visant à les éliminer. La probabilité de signalement peut servir de variable instrumentale

absolue permettant de déterminer si les lois sur le signalement obligatoire sont respectées et, d'une façon moindre, de vérifier si les enfants sont bien protégés.

Actuellement, la probabilité de signalement générale chez les professionnels autorisés est de 56 % (soit un taux de sous-déclaration de 44 %). Bien entendu, les taux réels varient selon les groupes professionnels, les régions géographiques et les catégories d'établissements, d'où la nécessité d'établir des probabilités de signalement pour chaque catégorie. Cette proportion de 56 %, à laquelle sont arrivées les données sur les cas définis par la norme Harm, a été tirée de la EIN-2⁽²⁸⁾. Elle est depuis lors utilisée globalement, voire même normalisée. Les plus récentes données de la EIN-3 ne dévoilent aucun autre pourcentage. Le tableau 2.3 illustre les différents pourcentages qui ont été relevés dans la documentation⁵ portant sur les probabilités de signalement et les taux de corroboration des cas.

Chez le personnel hospitalier, la probabilité de signalement de 66 % (soit un taux de sous-déclaration de 34 %) à laquelle la documentation fait référence en général a été calculée à l'origine à partir des données de la EIN-1 en 1980 par Hampton et Newberger, qui l'ont ensuite utilisée aux fins de leur étude désormais classique où ils comparent entre eux les cas de violence signalés et non signalés par l'hôpital⁽²⁴⁾. Quelques années plus tard est apparu un nouveau taux pour la même population; calculé à partir des données de la EIN-2 en 1986⁽³⁰⁾, ce taux s'apparentait presque au taux original de Hampton et Newberger. De plus, Ards et Harrell font référence, dans leur article, à une probabilité de signalement de 56 % pour l'hôpital⁽²⁶⁾. Ils citent la EIN-1 comme source, mais n'expliquent pas comment ils en sont arri-

⁴ Pour les besoins de cette étude et pour respecter les termes utilisés dans la documentation sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence, le terme «probabilité de signalement» est synonyme de «taux de signalement» et désigne le nombre, connu et signalé, d'enfants maltraités, divisé par le nombre total connu. Le terme «taux de sous-déclaration» est synonyme de «taux de non-déclaration» et correspond simplement à la probabilité de signalement. Cependant, la définition donnée au concept de corroboration est plus controversée, étant plus souvent laissée à la discrétion du travailleur social chargé de l'enquête. En général, si le travailleur émet le diagnostic clinique selon lequel des preuves concluantes viennent confirmer qu'il y a vraiment eu agression, le cas est alors «corroboré».

⁵ En 1987, une étude menée à la grandeur des États-Unis⁽²⁹⁾ visant à déterminer les raisons qui poussaient les professionnels autorisés (dont les membres du corps médical) à ne pas signaler aux services de protection de l'enfance les cas présumés de violence envers les enfants révèle que même si 44 % des 1 196 personnes interrogées disent dénoncer régulièrement les cas présumés de violence, une proportion de 39 % a, à un moment ou un autre, choisi de ne pas les signaler (33 % les ont signalés plus tard et 6 % ne les ont jamais signalés).

vés à ce taux. Toutefois, dans la mesure où on peut l'évaluer, la probabilité de signalement générale de 66 % relevée chez le personnel hospitalier semble s'être stabilisée. Nous répétons cependant que les probabilités de signalement chez les professionnels de la santé dans la collectivité médicale et en milieu hospitalier varient selon la région, l'année et l'établissement. Une analyse secondaire judicieuse des données de la EIN indique dans quelle mesure les écarts entre les sous-groupes influent sur ces taux. (Remarque : Toutes les données de la EIN ont été mises à la disposition de Westat aux fins d'une analyse secondaire^(17,34).)

2.3.2 Taux de corroboration des cas déclarés⁶

Les services de protection de l'enfance ne corroborent ni ne valident tous les cas de violence envers les enfants qui leur sont soumis. Un faible taux de corroboration peut provenir du fait que le service de protection de l'enfance, pour diverses raisons, omet d'examiner de nombreuses plaintes, n'acceptant de traiter qu'une petite partie des cas de violence. Le fait que les professionnels autorisés produisent un très grand nombre de rapports qui ne répondent pas aux critères de sélection du service de protection de l'enfance peut également être mis en cause. Il peut s'agir aussi du fait que le service de protection de l'enfance rejette un grand nombre de cas jugés invalides, puisque signalés par le citoyen moyen qui ne possède pas la formation lui permettant de dépister ce type de cas. C'est pourquoi les taux de corroboration peuvent être utilisés comme variables instrumentales servant à mesurer le degré de concordance entre les deux parties, c'est-à-dire la personne ayant signalé le cas et le service de protection de l'enfance. Ces taux peuvent même révéler certains éléments accompagnant les méthodes de signalement utilisées par les professionnels, la pertinence des critères de signalement, les problèmes auxquels font face les services de protection de l'enfance sur le plan des ressources et du fonctionnement ou les

définitions problématiques du concept de violence envers les enfants. Cependant, on reconnaît la vraie valeur des taux de corroboration lorsqu'on les compare au nombre de cas. Par exemple, si le taux de corroboration diminue à mesure que le nombre de cas augmente (comme c'est le cas aux États-Unis depuis les 10 dernières années), on peut en conclure que les travailleurs du service de protection de l'enfance ont rejeté de plus en plus de cas en s'appuyant sur des critères de sélection très restrictifs afin de pouvoir faire face à l'afflux de cas sans augmenter leurs ressources. Par conséquent, le taux de corroboration connaît une baisse graduelle et le nombre de cas de violence continue d'augmenter. Les données recueillies en 1993 par la EIN-3 reflètent cette analyse et représentent pour les chercheurs en chef le signe imminent d'une éventuelle crise au sein du réseau de protection de l'enfance. (Des problèmes et controverses semblables à ce sujet, y compris notamment la relation entre les taux de corroboration et le nombre de cas, ont été examinés par d'autres auteurs^(29,31,32,37-43).)

Au Canada, une étude d'incidence des cas de violence sexuelle envers les enfants, menée au Québec, révèle que l'infériorité des taux d'incidence probable au Québec par rapport à ceux de l'Ontario et des États-Unis est due probablement à la réaction des institutions face aux cas de violence envers les enfants, entraînant par conséquent un nombre plus faible de cas soumis aux services de protection de l'enfance. Cela ne signifie pas par contre que l'incidence est véritablement inférieure⁽⁴⁴⁾.

Les taux de corroboration auxquels se reportent les chercheurs proviennent principalement des enquêtes du NCPA menées chaque année auprès des services de protection de l'enfance. Étant donné que les taux de corroboration, on le sait bien, varient selon les conditions des «systèmes» (comme le nombre de cas et les ressources dont disposent les services de protection de

⁶ Les taux de corroboration de la EIO ne seront pas présentés de nouveau dans ce chapitre. Il est à remarquer qu'une des raisons plausibles pour lesquelles la EIO affiche des taux considérablement inférieurs aux taux américains est que la EIO a utilisé le terme «suspçonné» comme troisième catégorie de cas, les deux autres catégories étant «corroboré» et «non corroboré». C'est pourquoi de nombreux cas suspçonnés auraient été considérés comme corroborés, si cette troisième catégorie de cas n'avait pas été proposée aux travailleurs chargés des cas, permettant ainsi de hausser le taux de corroboration. À l'opposé, les études américaines se limitent pour la plupart à deux catégories de cas, soit les cas corroborés et les cas non corroborés, pratique qui a par contre été jugée «simpliste»⁽³⁵⁾. C'est probablement aussi pour la même raison que le taux global de la EIO en 1993, estimé à 27 %, était de beaucoup inférieur au taux qu'affichait la province de Québec, soit 44,7 %⁽³⁶⁾. (Remarque : Une autre source révèle que le taux de corroboration au Québec pour l'exercice de 1991-1992 était de 49,53 %⁽⁵⁾.)

l'enfance; nous en avons d'ailleurs discuté précédemment), les chercheurs ont, au cours des ans, préféré en évaluer et utiliser d'autres. Pour vous aider à mieux visualiser les différents taux et la façon dont ils ont évolué au cours des ans, reportez-vous au tableau 2.3.

Nous observons deux tendances. D'abord, les taux de corroboration globaux ont diminué au cours des ans, passant de 43 % en 1980 à 31 % en 1996. C'est entre 1993 et 1995 que nous remarquons la baisse la plus importante. Comme nous en avons déjà parlé, la EIN-3 indique que le nombre d'enfants maltraités ciblés par les professionnels dans l'étude de 1993 a augmenté de 149 % par rapport à 1980. Cette hausse considérable des cas pourrait avoir été en lien direct avec la baisse soudaine, survenue à peu près à la même période, du taux de corroboration des cas soumis aux services de protection de l'enfance, à moins que d'autres facteurs touchant l'ensemble du système aient été mis en cause. Ensuite, les taux de corroboration des cas provenant de sources médicales sont considérablement plus élevés que les taux globaux. Les taux de corroboration reliés aux différentes formes de violence soulevées par Giovannoni⁽²⁷⁾ viennent confirmer davantage cette observation générale. Toutefois, nous nous devons de mentionner que, dans l'étude de Giovannoni, les taux de corroboration émanant du corps médical étaient à peu près équivalents aux taux relevés chez les organismes d'application de la loi, les écoles et les services sociaux.

L'expérience ne nous permet pas de déterminer les raisons précises pour lesquelles on constate en général une augmentation du taux de corroboration des cas chez les membres de la profession médicale, mais les explications fournies jusqu'à présent sont quand même plausibles. D'abord, le fait que les médecins jouissent d'une formation spéciale les rend plus aptes à déterminer la nature et les causes des préjudices que les professionnels n'ayant pas de formation médicale. Deuxièmement, si on les compare aux autres professionnels autorisés, les médecins s'appuient probablement sur des critères plus élevés pour juger qu'un enfant est présumé victime de violence, ce qui les amène donc à ne signaler que les cas qui, pour eux, présentent réellement des blessures non accidentelles. Troisièmement, le statut professionnel élevé qu'accorde la société aux membres de la profession médicale peut faire en sorte que l'opinion des médecins soit davantage prise en considération, entraînant ainsi un taux de corroboration plus

élevé des cas qu'ils signalent⁽²¹⁾. Quatrièmement, l'approche biomédicale empruntée par les médecins les amène à accorder une attention particulière aux cas présentant des signes manifestes de violence, cas qui, normalement, sont validés par les services de protection de l'enfance. Enfin, la dernière explication possible est la présence d'un facteur dit «d'opportunité». Étant donné que le personnel hospitalier a, la plupart du temps, à traiter des cas de violence pouvant entraîner des conséquences graves, comportant des facteurs d'ordre médical et mettant la vie du sujet en danger, c'est peut-être la raison pour laquelle le personnel hospitalier, plus que tout autre professionnel, est une des principales sources de signalement d'un grand nombre de ces cas. Cette dernière explication vient réitérer toute l'importance du rôle que joue le personnel hospitalier dans le dépistage et le signalement des cas d'enfants victimes de violence.

Malgré l'utilité potentielle des taux de corroboration, c'est en comprenant mieux leurs contraintes que nous pouvons nous rendre compte de toutes les difficultés auxquelles se heurtent la collecte de données et la recherche en matière de violence envers les enfants. Les taux de corroboration sont exposés à trois principales contraintes, résultant en majeure partie de l'ambiguïté qui caractérise les définitions données aux termes utilisés dans le calcul des taux de corroboration, ainsi que du manque d'uniformité dans les données.

Premièrement, le dénominateur utilisé dans le calcul peut prêter à controverse. Par exemple, Flango a découvert que le nombre de catégories de cas permis est une importante variable pouvant modifier le résultat. Il décrit le problème de la façon suivante : «Si les seuls diagnostics permis étaient "corroboré" et "non corroboré", un registre (regroupant les cas de violence envers les enfants) dans lequel 30 cas sur 100 seraient corroborés afficherait un taux de corroboration de 30 %. Le même registre (où le terme "indéterminé" serait également admis comme troisième catégorie de cas) aurait un taux de corroboration de 40 %, si les 25 % de cas impossibles à classifiés (et classifiés "non corroborés" au départ) par les travailleurs avaient été retranchés du dénominateur»⁽³⁷⁾.

Une autre des raisons pour lesquelles le dénominateur devient un problème est le comptage multiple d'un même cas signalé à plusieurs repri-

Tableau 2.3
Probabilités de signalement et taux de corroboration (principaux résultats)

Source	Probabilité de signalement*	Source professionnelle			Groupe cible		Taux de corroboration†
		Échantillon total	Hôpital	Médecin			
Giovanconi 1995 ⁽²⁷⁾			X	X	1985 SPE** dans 3 comtés	42 % = préjudice physique 52 % = violence physique 60 % = violence sexuelle 69 % = violence psychologique 50 % = surveillance inadéquate 30 % = défaut de subvenir aux besoins 46 % = abus de drogues/d'alcool	
Ards et Harrell 1993 (EIN-1) ⁽²⁶⁾	56 % de cas définis selon la norme Harm		X		1980; SPE et professionnels dans tout le pays		
Hampton et Newberger 1985 (EIN-1) ⁽²⁴⁾	66,6 % de cas définis selon la norme Harm		X		1980; SPE et professionnels dans tout le pays		
NCCAN 1988 (EIN-2) ⁽³⁰⁾	66 % de cas définis selon la norme Harm		X		1986; SPE et professionnels dans tout le pays	53 % de cas définis selon la norme Harm	
Saulsbury et Hayden 1986 ⁽²¹⁾				X	1979-1983; Virginie	53 %	
Finkelhor 1990 (EIN-1) ⁽³¹⁾		X			1980; SPE et professionnels dans tout le pays	43 % de cas définis selon la norme Harm	
McCurdy et Daro 1994 (AAPC, 1986) ⁽¹⁴⁾		X			1986; SPE dans tout le pays	40 - 42 %	
Sedlak 1990 (EIN-2) ⁽²⁸⁾	56 % de cas définis selon la norme Harm	X			1986; SPE et professionnels dans tout le pays		
Besharov 1990 (APWA, 1986-1988) ⁽³²⁾		X			1986-1988; SPE dans tout le pays	41 %	
NCCAN 1993 (NCPCA, 1991) ⁽¹⁸⁾		X			1991; SPE dans tout le pays	41 %	
McCurdy et Daro 1994 (NCPCA, 1992) ⁽¹⁴⁾		X			1992; SPE dans tout le pays	40 %	
Department of Health and Human Services (É.-U.) (1995) (NCPCA, 1993) ⁽³³⁾		X			1993; SPE dans tout le pays	38 %	
Wang et Daro 1996 (NCPCA, 1995) ⁽¹⁵⁾		X			1995; SPE dans tout le pays	32 %	
Wang et Daro 1996 (NCPCA, 1996) ⁽¹⁵⁾		X			1996; SPE dans tout le pays	31 %	

* Pourcentage signalé de cas de violence connus.

† Pourcentage de cas corroborés ou validés par le SPE.

** N.D.L.T. : L'abréviation SPE (service de protection de l'enfance) est utilisée ici par souci d'économie, mais n'est pas officielle.

ses. Par exemple, en raison du fait que de plus en plus de gens ont été sensibilisés au phénomène de la violence envers les enfants, les services de protection de l'enfance sont maintenant plus susceptibles de recevoir de nombreux appels provenant de différents professionnels autorisés au sujet d'un même enfant. Le problème survient lorsque les États n'ont pas d'emprise sur le comptage multiple des cas déclarés. «Si le taux de corroboration s'obtient tout simplement en divisant le nombre de cas corroborés par le nombre de cas déclarés, ce que font d'ailleurs de nombreux États, le taux de corroboration aura tendance à paraître moindre (si le comptage multiple n'est pas contrôlé). C'est d'ailleurs probablement ce qui explique en partie pourquoi le taux de corroboration est à la baisse à New York»⁽³¹⁾. Un autre des facteurs sur lesquels repose directement le calcul du taux de corroboration est la catégorie de cas utilisée comme dénominateur. En utilisant comme dénominateur l'ensemble des cas n'ayant pas encore été soumis au processus de sélection lors de l'accueil, on obtient un taux beaucoup plus faible que si on n'utilisait que les cas dont l'examen a favorisé l'ouverture d'une enquête.

La deuxième contrainte se situe sur le plan de l'unité d'analyse utilisée dans le calcul. Les cas corroborés ne sont pas tous définis de la même façon. Pire encore, de nombreux systèmes de données ne peuvent s'ajuster aux différentes unités d'analyse ni les relier les unes aux autres. Par exemple, les enquêteurs du NCPCA ont découvert, en rassemblant des données servant à calculer les taux de corroboration, que «certains États ne pouvaient fournir que le nombre de familles où des actes corroborés de violence avaient eu lieu tandis que d'autres ne fournissaient que le nombre de cas corroborés»⁽¹⁴⁾. Ils avaient demandé qu'on leur fournisse le nombre de cas corroborés où des enfants avaient été victimes de violence.

La troisième contrainte réside dans la définition que les États attribuent au terme «corroboration», soit le numérateur dont on se sert pour calculer. Selon Finkelhor, «l'Alaska, par exemple, considère qu'un cas est corroboré qu'à la suite d'une décision judiciaire. De simples décisions administratives ne suffisent pas»⁽³¹⁾. Même pour ces États qui jugent qu'un cas est corroboré lorsqu'il est soumis au service de protection de l'enfance au terme d'une enquête, «le recours judiciaire a favorisé l'établissement de critères de corroboration plus prudents» dans certains États⁽³¹⁾. Un bel

exemple de cette forme de prudence est le fait d'exiger qu'un avis ou un protocole écrit autorisant l'agresseur à examiner les dossiers soit transmis à la famille de la victime. Toutes ces procédures externes ont une incidence sur les taux de corroboration.

En raison de toutes ces contraintes faisant obstacle au calcul des taux de corroboration, nous devons être très vigilants devant tous ces taux de corroboration calculés à partir de données fournies par des sources s'appuyant sur des critères différents. Il est également recommandé, dans la mesure du possible, d'utiliser un taux pour chaque sous-population (ajusté en fonction de ses traits idiosyncrasiques) plutôt que le taux total non corrigé. Le calcul des taux de corroboration est le parfait exemple d'une statistique qui semble toute simple, mais qui, en réalité, est très difficile à interpréter.

Enfin, la documentation ne parle presque pas du taux de corroboration optimal, si ce n'est d'une brève allusion à un taux de «50 % ou qui se situerait entre 33 % et 67 %»⁽³⁷⁾. Toutefois, il est bon de savoir que, comparativement aux taux de corroboration relevés dans certains pays d'Europe, les taux canadiens et américains sont très bas. Par exemple, la Belgique, dont le système de signalement repose sur la communication volontaire de renseignements personnels, affiche un taux de corroboration de 90 %, comme on pourrait s'en attendre⁽⁴⁵⁾. En 1993, les Pays-Bas, se servant d'un système de signalement semblable, enregistraient un taux de 85 %⁽⁴⁶⁾. Il serait plausible de croire que les faibles taux de corroboration enregistrés globalement aux États-Unis et au Canada résultent «d'un élément de contradiction entre l'approche la moins indiscrète, selon laquelle un cas n'est examiné et corroboré que s'il comporte un degré élevé de préjudice et de risque, et la tendance vers le signalement obligatoire, qui encourage la population à dénoncer la violence faite aux enfants pour ainsi la prévenir»⁽³⁶⁾.

Deux éminents chercheurs américains ont analysé ce que pourrait être un taux de corroboration souhaitable. Selon eux, «un certain pourcentage de cas non fondés (non corroborés)... constitue un élément intrinsèque – et légitime – du signalement d'un cas présumé de violence envers un enfant et sert nécessairement à assurer la protection de l'enfant. Des centaines de milliers d'étrangers font part de leurs soup-

cons, qui ne peuvent tous se révéler exacts. Cependant, le pourcentage actuel de taux non fondés dépasse tout ce qui est raisonnablement souhaitable. Pire encore, cette situation met en danger les enfants qui sont réellement victimes d'agressions, puisque les agences de protection de l'enfance, contraintes d'allouer une importante partie de leurs maigres ressources aux cas non fondés, ne sont plus en mesure d'intervenir aussi rapidement et aussi efficacement lorsque la vie d'un enfant est sérieusement mise en danger»⁽³⁸⁾. La corroboration des cas est un problème extrêmement complexe, qui nécessite une analyse beaucoup plus approfondie.

2.4 Problèmes concernant le dépistage et le signalement des cas d'enfants victimes de violence chez les professionnels de la santé

Bénéficiant d'une formation spéciale et d'une expérience médicale des traumatismes, les professionnels de la santé, qui ont souvent l'occasion de traiter des enfants parmi leurs patients, sont considérés comme les personnes les plus aptes à dépister les cas d'enfants victimes de violence. C'est pour cette raison d'ailleurs que les lois sur le signalement obligatoire applicables dans de nombreuses régions en font leur groupe cible. De plus, les professionnels de la santé sont souvent appelés à transmettre leur savoir-faire et à exprimer leur point de vue à d'autres professionnels du domaine, qui jugent ne pas posséder les compétences nécessaires pour agir seuls, en raison d'un manque d'expérience médicale en matière de dépistage, de signalement, de traitement et de prévention de la violence envers les enfants. L'aide qu'apportent les professionnels de la santé aux équipes multidisciplinaires sur la violence envers les enfants est précieuse. Les pédiatres surtout sont, parmi les professionnels de la santé, les plus grands spécialistes des cas de violence envers les enfants, ayant été parmi les premiers à remettre en question l'étiologie de certaines blessures infantiles et à sensibiliser le monde entier au problème de la violence envers les enfants.

Bien que les études américaines révèlent que, chez les professionnels de la santé, la probabilité de signalement, estimée à 66 %, est de 10 points de pourcentage supérieure à la moyenne générale de l'ensemble des professionnels, la documen-

tation indique quant à elle que les professionnels de la santé auraient dû signaler beaucoup plus que les deux-tiers des enfants maltraités qu'ils ont diagnostiqués. De plus, le nombre de cas de violence soumis par l'ensemble des professionnels de la santé ne représente qu'une fraction relativement petite du nombre de cas relevés au total dans les études américaines et ontariennes, soit environ 10 %. C'est pourquoi leurs méthodes de signalement a fait l'objet de nombreux projets de recherche. Le présent chapitre décrit brièvement deux groupes de facteurs importants ayant, estime-t-on, une conséquence sur les méthodes de dépistage et de signalement des enfants maltraités utilisées par les professionnels de la santé. Encore une fois, il est important de préciser que les études dont il est question dans ce chapitre proviennent pour la plupart des États-Unis et que les écarts existant au sein des structures sociales et juridiques peuvent se traduire par l'adoption d'attitudes et de pratiques différentes chez les professionnels de la santé au Canada.

2.4.1 Problèmes concernant le dépistage : lacunes sur le plan des connaissances

En médecine, le diagnostic se fait en trois étapes : il trace le portrait de la maladie, en définit l'étiologie et propose un traitement. Pour de nombreux médecins appelés à poser un diagnostic, il est relativement simple de définir la maladie, mais il n'en est pas toujours ainsi pour l'étiologie ou le choix d'un traitement. L'une des formes de négligence, appelée «retard staturo-pondéral» en est un bel exemple⁽¹³⁾. Ce modèle d'étiologie s'applique généralement bien à la médecine, ayant même été un acteur important dans la «découverte» du phénomène de la violence envers les enfants en 1946, par le Dr J. Caffey, pédiatre radiologiste. La description qu'ont faite le Dr Kempe et ses adjoints de «l'enfant battu» en 1962 s'associait à ce modèle, tout comme leur programme d'intervention d'ailleurs. Il s'agissait en fait de reconnaître le syndrome de l'enfant battu, de poser un diagnostic en faveur d'une blessure non accidentelle et de signaler le cas au service de protection de l'enfance afin qu'il intervienne. Dans les années 1960 et au début des années 1970, l'orientation donnée à l'étiologie jouait un rôle clé dans la formation en matière de violence envers les enfants. L'agresseur était décrit comme une

personne qui, souffrant de troubles psychopathologiques profonds, s'attaquait traitreusement et à maintes reprises à un enfant dépourvu de ressources. En fait, pendant presque une décennie, on associait la violence envers les enfants à la violence physique, conséquence du modèle étiologique agresseur-victime.

L'adhésion à ce modèle causal bien simple commença à s'estomper avec l'arrivée de deux événements venant marquer la première moitié des années 1970. D'abord, la recherche avait permis de découvrir que le problème que représentait la présence de troubles mentaux graves au sein d'une population générale était aussi courant que dans une population composée de parents violents. Ensuite, et c'est sur quoi porte notre attention, on augmenta considérablement le nombre de professionnels autorisés et, au même moment, les lois américaines élargirent de façon significative la définition donnée au concept de violence envers les enfants et y intégrèrent la négligence envers les enfants, la violence psychologique, la négligence médicale et les facteurs préjudiciables au développement moral d'un enfant. Les revirements législatifs auxquels se sont adonnés les États-Unis sont venus modifier la définition donnée au concept dans la législation relative à la protection de l'enfance de presque toutes les provinces canadiennes. La fin des années 1970 a par ailleurs été marquée par la «découverte» de la violence sexuelle, suivie d'une importante hausse des cas déclarés de cette forme de violence.

Pour les médecins, l'élargissement de la définition de la violence envers les enfants dans la législation les amena désormais à diagnostiquer et signaler tout un éventail de formes de violence et de négligence autres que les blessures physiques non accidentelles et le «retard staturo-pondéral». «Ainsi, les nouveau-nés affectés par la toxicomanie de leur mère, les nouveau-nés souffrant du syndrome d'alcoolisme foetal, les enfants non vaccinés ou les enfants dont les besoins sanitaires ont été négligés, les jeunes enfants défavorisés victimes de violence psychologique en milieu familial et les jeunes enfants accusant un retard staturo-pondéral non organique faisaient tous partie

des cas nouvellement définis que les pédiatres devaient diagnostiquer»⁽⁴⁷⁾.

2.4.1.1 Restrictions du modèle biomédical : dilemme que représente l'élargissement du concept de violence

Cette décision soudaine en faveur de l'élargissement du concept de violence envers les enfants n'est pas sans occasionner des problèmes aux médecins. En fait, il en existe trois. Premièrement, parmi les nouvelles formes à signaler, beaucoup ne cadrent pas dans le modèle biomédical traditionnel des médecins. Un enfant maltraité n'est plus un enfant souffrant de contusions ou de fractures non accidentelles ni un enfant accusant un retard de croissance – les deux formes de violence envers les enfants que les médecins n'hésitent pas à reconnaître et à traiter selon le modèle biomédical⁽¹³⁾. Désormais, la violence envers les enfants «n'est plus perçue comme un fait caché mais plutôt comme un signe de détresse familiale»⁽⁴⁷⁾. Les «nouvelles» formes de violence sont en quelque sorte des blessures non apparentes. Les médecins doivent maintenant rechercher aussi les signes non physiques de violence probable⁷ à l'endroit de l'enfant, ce qui pour la plupart d'entre eux va au-delà de la formation médicale qu'ils ont reçue. Par conséquent, «les situations cadrant dans cette approche biomédicale étaient traitées en priorité au détriment de celles qui n'y cadraient pas (comme la violence psychologique et la négligence éducative)»⁽⁵⁰⁾. Dans leur étude, Morris et ses collègues ont, comme beaucoup d'autres, constaté que les formes de violence envers les enfants les plus fréquemment signalées par les médecins sont effectivement les blessures physiques⁽⁵¹⁾. Ils ont également observé que l'approche biomédicale empruntée par les médecins les amène souvent à négliger les signes non physiques de la violence, comme les troubles psychologiques que peut présenter un enfant ayant souffert de négligence affective ou d'un manque de soins appropriés de la part de ses parents pendant une longue période, problèmes qui, selon la majorité des lois en vigueur en Amérique du Nord, doivent être signalés.

⁷ Ces problèmes touchent surtout les médecins en pratique privée ou ceux qui travaillent dans les CLSC, puisque les personnes traitées dans les hôpitaux se présentent habituellement pour des blessures graves. Les cas de violence sexuelle peuvent également être très difficiles à détecter, s'ils ne sont signalés que dans les jours ou les semaines qui suivent⁽⁴⁸⁾. Le syndrome du bébé secoué est une autre forme de violence difficile à détecter, les signes externes n'étant pas toujours évidents⁽⁴⁹⁾.

Le deuxième problème qui se pose est le fait que l'on s'attende à ce que les médecins puissent également diagnostiquer les causes sociales de la violence, étant donné les différentes formes de violence étroitement reliées à des perturbations chez les parents ou au sein des familles, dont les médecins doivent maintenant tenir compte. Cette attente s'est révélée plutôt difficile à satisfaire. Par exemple, même si le médecin détecte chez l'enfant la présence de troubles émotifs bénins, il lui faudra, avant de conclure que l'enfant a véritablement été victime de violence, d'autres renseignements d'ordre psychosocial, dont l'organisation familiale, les méthodes utilisées par les parents pour éduquer leurs enfants et la relation mère-enfant. Ce type d'information n'est pas facile à obtenir dans la salle d'examen. Même disponible, le fait de la relier au comportement observé chez l'enfant dans le but de détecter tout signe possible de violence est une tâche pour laquelle les médecins ne sont normalement pas formés, étant donné leur approche biomédicale et leur inaptitude à poser un diagnostic social⁸.

Troisièmement, bien qu'il soit reconnu que les médecins doivent pouvoir poser un diagnostic psychosocial, la mise sur pied de programmes d'éducation et de formation adéquats tarde à venir. La lenteur des progrès en matière d'éducation semble provenir, d'une part, du fait que la formation psychosociale ne bénéficie que d'une seconde place au sein des programmes traditionnels de formation médicale⁽⁴⁷⁾ et, d'autre part, de l'absence d'indices physiques évidents permettant de diagnostiquer la présence de troubles psychosociaux. Les lacunes venant donc faire obstacle à l'éducation psychosociale ne font qu'accentuer ce sentiment de frustration qui freine le dépistage efficace de la violence envers les enfants dans une époque axée sur la «nouvelle morbidité». Les médecins ont d'ailleurs décidé d'exprimer ouvertement leur préoccupation à ce sujet⁽³⁾.

2.4.1.2 Nouvelles formes de violence envers les enfants

Depuis les dernières années, les États-Unis sont aux prises avec un problème psychosocial grandis-

sant, touchant les enfants : l'abus d'alcool et d'autres drogues chez leurs parents. Les chercheurs de la EIN se demandaient si la hausse soudaine du nombre probable d'enfants maltraités dans une population générale – cadrant dans la catégorie «préjudice ou déficience grave» (définie comme la «perte prolongée de la capacité physique, mentale ou affective, ou l'absence prolongée des traitements professionnels nécessaires à la prévention d'une telle perte») – passant de 143 000 en 1986 à 568 000 en 1993, était causée par une consommation abusive de crack aux États-Unis^(16,53). Au même moment, les chercheurs du NCPA évaluaient qu'en 1995, l'abus d'alcool et d'autres drogues chez les parents était la cause du problème dans 40 % des cas corroborés par les services de protection de l'enfance (données provenant de 50 États), mais qu'en 1996, cette proportion avait atteint 76 % (données provenant de 28 États)⁽¹⁵⁾.

De plus, le pourcentage de cas corroborés par les services de protection de l'enfance où il est question de préjudice non apparent est assez élevé. Selon la EIO de 1993, 40 % des cas examinés par les services de protection de l'enfance de l'Ontario appartiennent à cette catégorie (30 % sont des cas de négligence et 10 % des cas de violence psychologique)⁽⁷⁾. La EIN-3 a révélé que les cas de négligence définis selon la norme Harm avaient augmenté de 85 % entre 1986 et 1993, les cas de violence définis selon la même norme n'ayant augmenté que de 46 %⁽⁶⁾. Par contre, les chercheurs ont été particulièrement inquiets de constater que les cas de négligence psychologique définis selon la norme Harm avaient augmenté de 333 %, passant de 49 200 en 1986 à 212 800 en 1993, soit la hausse la plus importante parmi toutes les formes de violence. Au second rang viennent les cas de négligence physique définis selon la norme Harm, qui, passant de 167 800 en 1986 à 338 900 en 1993, témoignent d'une hausse de 102 %. Comparativement aux cas de violence physique (hausse de 42 %) et aux cas de violence sexuelle (hausse de 83 %), l'augmentation incroyable des cas déclarés de violence, faisant état principalement de préjudice non apparent, que l'on a connue sur

⁸ Dans le but principalement de corriger la situation difficile à laquelle faisaient face les médecins, un certain nombre d'outils servant à prédire l'incidence de la violence envers les enfants furent conçus entre 1975 et 1985. Ces outils avaient un but commun, celui d'identifier les parents violents à partir d'indices variés révélant la présence d'actes de violence. On espérait alors aider les professionnels, surtout les médecins, à dépister les cas de violence envers les enfants et leur permettre d'utiliser leurs ressources aux fins de traitement. Malheureusement, tous ces efforts furent en vain étant donné qu'on ne pouvait atteindre un degré acceptable de fiabilité et de validité^(13,52).

une période de huit ans à peine, est d'une importance majeure. Les données du NCPCA vont sensiblement dans le même sens. En 1990, le pourcentage de cas corroborés de négligence se situait à 45 %, proportion qui, en 1996, allait atteindre les 60 %⁽¹⁵⁾.

À la lumière de ces statistiques, nous sommes en mesure de définir quels sont les cas auxquels s'intéressent davantage les professionnels de nos jours : parmi ceux-ci se trouve une forte majorité de cas de traumatismes non accidentels et de négligence. Ce sont précisément les formes de violence que les médecins croyaient de ne pas pouvoir détecter en raison d'un manque de formation psychosociale. Toutefois, il est actuellement impossible de dire si cette hausse des cas déclarés reflète une hausse réelle de l'incidence ou est le résultat d'une connaissance et d'une sensibilisation accrues chez les sources de signalement.

2.4.2 Raisons du non-signalement : perceptions, croyances et valeurs personnelles

La principale raison pour laquelle un enfant maltraité subit un examen médical est de déterminer la probabilité que l'enfant a été maltraité ou exposé à des situations où il risquerait d'être maltraité si personne n'intervenait à temps. Si le médecin soupçonne que l'enfant a été maltraité, il devra signaler le cas au service de protection de l'enfance, conformément aux lois sur le signalement obligatoire. Bien que la majorité des médecins n'hésitent pas à faire part de leurs soupçons, certains, s'appuyant sur des cas qu'ils ont eu à traiter antérieurement ou tenant compte de la situation particulière devant laquelle ils se trouvent, croient qu'une ligne de conduite plus responsable sur le plan social et moral serait de trouver de meilleures solutions, pour le bien de l'enfant.

Outre son raisonnement explicite, les valeurs et les attitudes du diagnostiqueur peuvent également influencer sa décision de manière subtile. Si, après mûre réflexion, le médecin décide de ne pas signaler le cas, surtout si le préjudice ne semble pas grave ni apparent, il ne l'inscrira pas comme un cas devant être signalé. L'incidence qu'ont les valeurs, les croyances et les perceptions personnelles du diagnostiqueur sur le signalement des cas vient confirmer le fait que les cas présumés de violence ne sont pas tous signalés. De plus, la propension à signaler varie d'un médecin à l'autre, étant donné que les variables personnelles ne sont

pas les mêmes et que les médecins ne disposent pas tous de solutions de rechange ou n'y ont pas tous accès. Une éminente chercheuse dédiée à la violence envers les enfants résume le problème comme suit : «D'une part, les médecins se prennent pour des diagnostiqueurs médicaux et, d'autre part, le traitement préconisé par leur diagnostic n'est pas seulement médical mais aussi social et juridique. Les conséquences sociales et juridiques peuvent – et c'est en fait ce qu'elles font – décourager certains médecins de poser un diagnostic qui donnerait lieu à de telles conséquences»⁽¹³⁾. Donc, afin de promouvoir le signalement de la violence envers les enfants chez l'ensemble des intervenants, il importe de comprendre les facteurs précis qui incitent certains médecins à se détourner de leurs obligations professionnelles et juridiques lorsqu'il est question de dénoncer un cas.

Le non-signalement contribue malheureusement à maintenir le climat socio-politique qui prive les services de protection de l'enfance de ressources. En négligeant de signaler l'ampleur du problème, les professionnels ne font qu'intensifier une situation qu'ils affirment vouloir changer.

2.4.2.1 Attitudes à l'égard des punitions corporelles

La violence physique survient parfois lorsque le parent tente de maîtriser ou de modifier le comportement de son enfant au moyen de punitions corporelles. Le *Code criminel du Canada* autorise le parent ou le tuteur d'un enfant à employer la force à l'endroit de cet enfant pourvu que cette force «ne dépasse pas la mesure raisonnable» et sert à «corriger» l'enfant. La relation qui existe entre les punitions corporelles et la maltraitance est importante, surtout dans une société multi-ethnique et multiculturelle comme le Canada, où le degré d'acceptation des punitions corporelles diffère énormément d'une culture à l'autre. Les médecins ne perçoivent pas les punitions corporelles de la même façon. Leur attitude face à ces punitions, à savoir jusqu'à quel point ils les acceptent, peut influencer leur décision de dénoncer ou non un cas présumé de violence envers un enfant.

Le chercheur américain Morris et ses adjoints ont découvert que plus le médecin accepte le recours aux punitions corporelles, moins il aura tendance à dénoncer les cas de violence physique. Par contre, le fait de ne pas approuver

l'utilisation de certaines méthodes disciplinaires faisant appel aux punitions corporelles ne veut pas dire automatiquement que le médecin conclut à un acte de violence et, pour cette raison, décide de signaler le cas au service de protection de l'enfance. Par exemple, même si 86 % des médecins jugent que «la gifle donnée du plat de la main et laissant une marque rouge» est une forme de discipline inappropriée, seulement 11 % s'en servirait comme motif valable pour ouvrir un dossier. De plus, bien qu'une forte majorité (98 %) considère inappropriée «l'utilisation d'une ceinture laissant des contusions», seulement la moitié (48 %) seront portés à signaler le cas comme un acte de violence⁽⁵¹⁾. Cependant, l'ensemble des médecins ont manifesté leur désaccord face aux punitions allant jusqu'à «frapper et fracturer des côtes» et n'hésiteraient pas à dénoncer un cas où il en serait question.

Dans leur ensemble, ces constatations constituent une preuve supplémentaire que les médecins tiendront compte de la gravité relative d'une blessure pour déterminer s'ils signaleront ou non le cas. Cependant, il est possible que certains types de blessures apparentes, résultant de punitions infligées par un parent, soient ou ne soient pas signalés au service de protection de l'enfance, selon que le diagnostiqueur approuve ou non les méthodes disciplinaires utilisées. Le seuil de tolérance global vis-à-vis des punitions corporelles semble très élevé chez les médecins visés par l'étude, mais les données indiquent également que ce même seuil de tolérance chez les jeunes médecins est moins élevé, constatation venant confirmer la nécessité d'éduquer les étudiants en médecine en matière de violence envers les enfants. Enfin, l'étude insiste particulièrement sur les difficultés que pose l'interprétation du terme «motif raisonnable» (*reasonable cause*) de croire qu'un enfant est victime de violence ou de négligence, terme qu'utilise d'ailleurs beaucoup la législation américaine relativement au signalement des cas d'enfants victimes de violence^(54,55).

2.4.2.2 Origine ethnique et classe sociale

Après avoir analysé le sous-ensemble de la EIN-1 représenté par les hôpitaux, Hampton et Newberger⁽²⁴⁾ ont constaté que les cas de violence mettant en cause des enfants de race noire issus de familles pauvres étaient ceux que les hôpitaux avaient davantage tendance à signaler aux services de protection de l'enfance (pour plus d'information, voir la section 2.2.3 sur les types de cas signalés par les professionnels de la santé). Cette constatation semble depuis s'être généralisée, bien que peu d'études en fassent foi⁹. Pour y répondre en partie, les chercheurs de la EIN ont à maintes reprises affirmé qu'aux États-Unis, l'incidence générale des cas de violence ou de blessures reliées à la violence ne tient pas compte des différences raciales, cette constatation majeure se répétant d'une étude à l'autre⁽⁶⁾. En 1993, Ards et Harrell⁽²⁶⁾ et plus récemment, en 1998, Ards, Chung et Myers⁽²⁸⁾ ont remis en question les dires de Hampton et de Newberger, avec données à l'appui (voir la section 2.2.3). Toutefois, étant donné que la documentation prétend que la race et la classe sociale peuvent biaiser le signalement, d'une part, et qu'il n'existe pas de preuve empirique pouvant confirmer ou rejeter cette hypothèse, d'autre part, l'impact exact de ces deux variables sur les habitudes de signalement demeure incertain.

2.4.2.3 Efficacité des services de protection de l'enfance

Des chercheurs américains révèlent que la perception qu'ont les professionnels de l'efficacité des services de protection de l'enfance a une forte incidence sur les probabilités de signalement. Cette constatation est d'ailleurs l'une des plus frappantes et des plus constantes auxquelles sont arrivés les chercheurs en matière de signalement des cas d'enfants victimes de violence. Morris et ses adjoints, par exemple, ont démontré que «le manque de confiance envers les organismes juridiques et les organismes de services sociaux» peut inciter les médecins au non-

⁹ L'une des quelques études venant corroborer cette constatation a été menée par O Toole et ses adjoints⁽⁵⁶⁾. En réponse aux vignettes qui leur ont été présentées, les médecins ont déclaré que les cas mettant en cause des enfants de race noire ou des enfants issus d'une classe sociale inférieure et présentant des blessures graves étaient davantage reliés à des actes de violence. Une autre étude du genre est celle de Benson et de ses adjoints, de l'Irlande du Nord⁽⁵⁷⁾. Se servant toujours de vignettes pour obtenir l'opinion des médecins, les chercheurs ont constaté certains faits, bien que peu nombreux, voulant que «les médecins praticiens de l'Irlande du Nord avaient davantage tendance à conclure à la violence et à signaler le cas aux services sociaux plus souvent lorsque le parent appartenait visiblement à une classe sociale inférieure.» La méthodologie utilisée dans les deux études était relativement déficiente.

signalement, 14 % des médecins interrogés ayant invoqué cette raison⁽⁵¹⁾. Une étude menée plus tôt révèle que 8 % des médecins interrogés se sont dit «plus qu'insatisfaits de la façon dont les services sociaux traitaient les cas» et c'est pour cette raison qu'ils hésitent à leur signaler des cas⁽²²⁾.

Le degré d'insatisfaction actuellement élevé chez les professionnels de la santé vis-à-vis des services de protection de l'enfance s'explique mieux lorsqu'on tient compte du contexte historique dans lequel les services de protection de l'enfance ont évolué. En quelques mots, les services de protection de l'enfance, touchés par les réformes législatives rigoureuses et radicales apportées de 1963 à 1974 et surtout par la manière dont le signalement obligatoire a été appliqué, ont été dépassés par la hausse considérable des cas de violence signalés. Malheureusement, ces services n'ont jamais bénéficié d'un financement supplémentaire leur permettant de répondre à cette hausse. Devant cette situation accablante, les services de protection de l'enfance ont fait appel à des mesures opérationnelles «innovatrices». Ils ont donc entre autres procédé à l'application de critères visant à restreindre le nombre de cas signalés et les enquêtes à leur sujet. (La baisse des taux de corroboration des cas signalés, qui témoigne probablement de cette situation, est la conséquence de cette pratique maintenant généralisée; voir la section 2.3.2 sur les taux de corroboration.) À lui-même, le triage des cas à leur réception, pratique courante chez ces services, a contribué directement à ébranler la confiance des professionnels de la santé, qui voient difficilement l'utilité de leur signaler les cas soupçonnés de violence.

Des études américaines révèlent que l'un des principaux reproches que les professionnels autorisés font à l'endroit des services de protection de l'enfance est que leurs cas présumés de violence sont souvent passés sous silence^(29,38) et c'est pour cette raison qu'ils hésitent à les dénoncer lorsqu'il n'y a pas de signes apparents de violence grave. Étant donné que les lois sur le signalement obligatoire établissent comme critère de base du signalement la suspicion ou la croyance raisonnable, et non la certitude qu'il y a eu violence, un grand nombre de cas présumés de violence sont rejetés par le personnel des services de protection de l'enfance à qui l'on demande de se baser sur des critères de sélection restrictifs, ce qui, par conséquent, favorise davantage les cas présentant une preuve tangible de violence. «Les lois sur le

signalement obligatoire structurent la nature de la relation entre les préposés à la protection de l'enfance et les autres professionnels... Ce qui peut sembler être des signes de détresse apparents sur le plan médical, laissant peut-être croire en l'existence réelle d'actes de violence, sera insuffisant pour le préposé à la protection de l'enfance qui jugera de la situation selon une norme juridique de preuve»^(13,54). Ce problème prend de plus en plus d'importance à mesure que les taux de corroboration continuent de diminuer. Deux faits ont par conséquent été observés. D'abord, les professionnels hésitent à dénoncer les cas marginaux de violence envers les enfants. Ensuite, les professionnels autorisés par la loi à signaler ressentent énormément de frustration devant le manque flagrant de sensibilité des services de protection de l'enfance face aux cas de violence grave ou potentiellement grave et sont furieux de constater que leur jugement professionnel les laisse indifférents⁽²⁹⁾. Ce conflit entraîne donc une sous-déclaration.

Outre ce problème, les professionnels remettent en question l'utilité du signalement également pour d'autres raisons liées aux services de protection de l'enfance. D'abord, ils se plaignent que les services de protection de l'enfance les informent rarement de l'évolution des cas qu'ils leur ont soumis^(29,58). Ensuite, ils expriment certaines inquiétudes à l'égard du fait que les services de protection de l'enfance sont moins aptes à protéger les enfants maltraités, surtout en l'absence de financement adéquat, et affirment avoir parfois le sentiment que le signalement fait plus de mal que de bien. Certains croient même être plus en mesure d'aider l'enfant et sa famille que le service de protection^(22,29,41,47,59-61). Troisièmement, «beaucoup ont déclaré avoir décidé de ne pas dénoncer certains cas, parce que des cas semblables avaient antérieurement été mal traités ou simplement passés sous silence par le service»^(22,29). Quatrièmement, en ce qui a trait au signalement de cas de violence exercée par des enseignants, Besharov affirmait que «ils (les participants à une réunion) étaient bien plus nombreux à refuser que les services sociaux se chargent de ces cas, disant que cette responsabilité revenait entièrement à la direction de l'école à moins que l'enfant ne présente d'autres signes de violence et de négligence»⁽⁶²⁾. Enfin, les médecins doutent qu'il soit utile de signaler à la police les cas d'enfants victimes de violence, estimant que «les

policiers ne possèdent pas la formation professionnelle nécessaire et qu'ils ne savent pas comment traiter les situations où l'enfant est victime de violence»⁽⁵⁰⁾. Cette autre problématique contribue également à la sous-déclaration.

2.4.2.4 Connaissance des lois obligeant à signaler les cas d'enfants victimes de violence

Les études – et c'est un fait important – soulignent que presque la totalité des professionnels de la santé connaissent au moins en partie les lois sur le signalement obligatoire des cas d'enfants victimes de violence et que le fait de ne pas être au courant de l'existence de telles lois a rarement été considéré comme un motif raisonnable d'opter pour le non-signalement, même à des époques antérieures. L'une des premières études sur le dépistage et le signalement des cas d'enfants victimes de violence, menée en 1983, révèle que seulement 6 (2 %) des 252 médecins interrogés qui hésitaient à dénoncer certains cas ont donné comme raison qu'ils «n'étaient pas au courant de l'existence d'une loi rendant le signalement de ces cas obligatoire»⁽²²⁾. Une enquête récente menée auprès de psychologues de la Colombie-Britannique révèle que les personnes interrogées connaissaient très bien la loi sur le signalement, mais que cette loi en elle-même ne suffisait pas à accroître leur propension à signaler⁽⁶³⁾. Une meilleure connaissance sur le plan juridique en ce qui a trait aux obligations, à la responsabilité, aux procédures de signalement déterminées et autres est toujours souhaitable. C'est du moins ce que révèle une étude à grande échelle menée auprès des professionnels qui avaient assisté, entre 1990 et 1991, à un cours de deux heures sur le dépistage et le signalement des cas d'enfants victimes de violence. L'étude a également permis de constater qu'avant la tenue du cours, les psychiatres, les médecins, le personnel infirmier et les psychologues, comparativement aux optométristes, aux podiatres et aux chiropraticiens, étaient, parmi les professionnels de la santé, ceux qui avaient une meilleure connaissance des lois sur le signalement obligatoire et des facteurs reliés à la violence envers les enfants, même si on leur attribuait un degré de connaissance générale assez faible⁽⁶⁴⁾.

2.4.2.5 Caractère confidentiel de la relation médecin-patient

Les lois sur le signalement obligatoire ont habituellement priorité sur la réglementation

légale concernant les renseignements privilégiés ou confidentiels. Toutefois, les professionnels sont anxieux face à la possibilité de violer le caractère confidentiel d'un cas présumé de violence envers un enfant s'il le signale. «On consulte les médecins parce qu'on sait que "ça n'ira pas plus loin" et, pour les médecins, c'est un point de vue qu'ils respectent depuis longtemps»⁽⁴⁷⁾.

Bien que les médecins ne s'objectent que rarement au principe du signalement, certains se préoccupent des conséquences négatives que le signalement pourrait avoir sur leur relation avec leur patient et sur la famille de ce dernier. Une étude américaine effectuée à l'échelle nationale auprès de 907 psychologues autorisés révèle, par exemple, que «vingt-sept pour cent des thérapeutes ont affirmé que leurs patients ont cessé leur traitement immédiatement ou peu après que leur cas ait été signalé aux services sociaux, ce à quoi ils attribuent justement le fait que leurs clients aient cessé leur traitement»⁽⁶⁰⁾. De plus, en raison du fonctionnement traditionnel des services de protection de l'enfance, il est fortement probable qu'un cas, qui a été accepté au départ puis soumis à une enquête ensuite, finisse par être rejeté lorsqu'arrivent les résultats de l'enquête. Les professionnels sont particulièrement préoccupés par le fait que l'enquête, selon la façon dont elle a été menée, en vienne en réalité à porter préjudice à l'enfant et à sa famille au lieu de protéger l'enfant. Advenant cette situation, il devient difficile pour le médecin de restaurer la relation qu'il entretenait avec son patient^(5,29,54,58,65).

Bien qu'ils soient conscients de leurs responsabilités légales face au signalement des cas présumés de violence envers les enfants, de nombreux professionnels ne savent pas très bien comment s'y prendre pour faire comprendre à leurs patients que la loi sur le signalement obligatoire vient restreindre l'application de la réglementation sur les renseignements confidentiels⁽⁶⁰⁾. Mais cette situation n'est pas la seule à préoccuper les médecins. En effet, les lois sur le signalement obligatoire «vont à l'encontre du droit légitime du patient au respect de sa vie privée, sont irréductiblement contraires au principe des soins aux malades et font obstacle à l'exercice de l'indépendance et du jugement professionnel du thérapeute»⁽⁶⁵⁾. En partie à cause de ces inquiétudes que soulèvent le respect de la confidentialité et autres sujets

connexes, une proportion de 30 % de médecins affirment, dans une étude, que la raison pour laquelle ils hésitent à dénoncer les cas présumés de violence, est parce qu'ils «croient pouvoir résoudre le problème avec la famille sans l'intervention d'une tierce partie»⁽²²⁾.

2.4.2.6 Les facteurs économiques du signalement

Un certain nombre de facteurs d'ordre économique explicites sont également définis par les études américaines comme de possibles inhibiteurs du signalement chez certains professionnels de la santé aux États-Unis^(22,29,47,51). Parmi ces facteurs, trois se démarquent en particulier :

- L'emploi du temps : La collecte de données, la documentation d'un cas, l'ouverture et la production d'un dossier sur le cas d'un enfant victime de violence exigent du temps. Les activités qui s'en suivent, comme les entrevues effectuées par le service de protection de l'enfance ou la police, les comparutions devant le tribunal, la préparation de rapports spéciaux, etc., exigent encore plus de temps non facturable.
- La responsabilité : Bien que la loi garantisse l'immunité lorsque le signalement est de bonne foi, la responsabilité demeure une question plutôt préoccupante pour les professionnels, surtout aux États-Unis où les actions au civil sont assez fréquentes. Les conséquences économiques et émotives que peut occasionner un parent qui prétend que le médecin a proféré de fausses accusations peuvent être énormes.
- La perte de revenu : Le signalement peut occasionner une perte de revenu ou porter préjudice à un médecin dans l'exercice de sa profession, qui non seulement risque de perdre la famille de son patient mais aussi de soulever la méfiance chez ses patients actuels et éventuels, une perspective qui inquiète particulièrement les médecins en pratique privée, qui exercent dans les régions rurales ou les petits villages.

Nombreuses sont les raisons du non-signalement et de la sous-déclaration. Chose certaine, c'est que les principales, celles dont nous avons fait mention précédemment, se rapprochent entre elles de façon complexe et vont également rejoindre d'autres variables propres à une situation et à un patient dont fait état chaque cas où un diagnostic de violence envers un enfant est posé. Les effets de ces variables ne sont pas méca-

nistes; ils sont censés varier selon le temps, le contexte et les valeurs sociétales.

Il est important de se rappeler qu'au Canada, les études portant sur la violence envers les enfants ne sont pas nombreuses, les plus récentes provenant en majorité des États-Unis. L'absence de documentation canadienne ou de données comparables à ce sujet ne signifie pas pour autant que les problèmes auxquels font face les professionnels de la santé aux États-Unis ne touchent pas leur homologues canadiens. Il semble toutefois à propos de souligner que les obstacles auxquels se heurtent le dépistage et le signalement des cas d'enfants victimes de violence seulement dans la société américaine ou dans son réseau de prestation de services ont une incidence moins directe que ceux que comportent les qualités et les valeurs personnelles ou la formation professionnelle d'une personne. Par exemple, la défiance éprouvée à l'égard des services de protection de l'enfance, jugée comme l'une des principales raisons de la sous-déclaration des cas d'enfants victimes de violence aux États-Unis, peut ne pas l'être autant au Canada. D'un autre côté, ce que les études américaines ont permis de constater concernant la réceptivité du recours aux punitions corporelles dans l'éducation des enfants, autre facteur ayant une influence sur le signalement, s'applique peut-être autant au Canada. Il en est de même pour le manque de confiance à l'égard des diagnostics psychosociaux – problème dont la gravité a été soulignée par les membres du corps médical américain – qui, au Canada, pourrait également constituer un problème auquel on se devrait de réagir immédiatement. Cependant, le Canada ne disposant pas de données suffisantes en cette matière, ce qui est d'ailleurs un sérieux problème, nous ne connaissons pas très bien toute l'ampleur du problème de la sous-déclaration au Canada, ni les raisons qui s'y rattachent. C'est pourquoi, au Canada, les chercheurs et les analystes de politiques continueront nécessairement de compter sur les données obtenues par les études américaines à ce sujet.

Il importe aussi de souligner que, même si les études portent en grande partie sur les problèmes que représentent le dépistage et le signalement des cas d'enfants victimes de violence, nombreux sont les ouvrages qui, provenant d'auteurs bien connus autres que des chercheurs, traitent avec franchise des obligations

professionnelles et légales qu'ont les médecins praticiens à l'égard du signalement des cas d'enfants victimes de violence. Le fait qu'un nombre considérable d'ouvrages soient consacrés à la question des obligations à l'égard du signalement est un signe évident de la valeur sociale que l'on accorde à la protection des enfants. Les professionnels de la santé se font constamment rappelés qu'ils ont été formés pour agir dans l'intérêt de l'enfant et que, pour cette raison, ils doivent faire passer les intérêts de l'enfant avant leurs croyances personnelles et les difficultés pouvant survenir dans leur relation avec leur patient. De plus, on semble fortement croire dans le milieu que les médecins praticiens, surtout les pédiatres, ne doivent pas seulement signaler tout cas présumé de violence envers un enfant mais aussi se porter à la défense de l'enfant maltraité et de sa famille une fois le cas signalé. «En se tenant au courant de l'évolution du cas, en offrant son soutien à la famille et en collaborant au suivi, le médecin peut se révéler une aide précieuse après que le cas ait été signalé. C'est à ce moment que le pédiatre peut se faire le défenseur de l'enfant et de sa famille pour veiller à ce qu'ils bénéficient de services de soutien adéquats»⁽⁴⁷⁾. À ce sujet, les études livrent un message clair : en raison de leur formation et de leurs obligations professionnelles, c'est aux professionnels de la santé que revient la responsabilité de préserver la santé et le bien-être de l'enfant. Lorsqu'il est question de violence envers un enfant, le signalement de cette violence doit être perçu comme l'étape première, voire normale, que les professionnels de la santé doivent franchir pour assumer ces obligations professionnelles, indépendamment des lois sur le signalement et des sanctions pour le non-signalement.

2.5 Efforts visant à améliorer le système de dépistage et de signalement des cas d'enfants victimes de violence

Cette analyse documentaire a permis de constater la présence marquée d'un sentiment d'inquiétude et d'insatisfaction chez les professionnels de la santé à l'égard du système de dépistage et de signalement des cas d'enfants victimes de violence. Les principaux problèmes se résument comme suit :

- Les professionnels de la santé sont incertains quant à leurs connaissances de base. Leur confiance est surtout ébranlée lorsqu'il est question de poser un diagnostic de violence sexuelle, de violence psychologique ou de négligence, ou lorsqu'ils se retrouvent devant ces formes de violence reliées à ce qu'on appelle la «nouvelle morbidité», où l'acquisition d'une formation psychosociale devient souhaitable. Ils manifestent également une certaine frustration devant les maigres efforts qui sont faits pour améliorer la qualité de vie des enfants et des familles, touchés surtout par la pauvreté, le chômage, le problème du logement, la violence transmise de génération en génération, l'effondrement des quartiers, la consommation abusive de drogues et la pénurie de ressources communautaires. Pour les professionnels de la santé, la situation devient problématique lorsqu'il s'agit de distinguer les punitions corporelles de la violence dans leur diagnostic. L'absence d'outils aidant au diagnostic aggrave la situation.
- Même si les médecins sont conscients de leurs obligations légales quant au signalement des cas d'enfants victimes de violence, ils craignent les conséquences négatives que pourrait avoir ce signalement sur la relation qui s'est établie entre eux et leurs patients, une relation bâtie sur la confiance et la confidentialité. Ils sont particulièrement inquiets devant le fait que le service de protection de l'enfance puisse décider de ne pas corroborer ces cas et finissent par les rejeter. Le fait de ne pas savoir très bien comment s'y prendre pour informer leurs patients que le secret professionnel auquel ils sont liés comporte certaines exceptions est également pour eux source d'inquiétude.
- De nombreux professionnels de la santé américains se questionnent sur la pertinence du signalement des enfants maltraités aux services de protection de l'enfance, qui, juge-t-on, fonctionnent bien au-delà de leur capacité et n'ont pas vraiment démontré qu'ils pouvaient être efficaces en matière de protection de l'enfance. Il arrive que ces professionnels se sentent insultés et accusent les services d'être insensibles devant les cas de violence grave ou potentiellement grave lorsque les cas qui leur sont signalés ne sont pas corroborés. L'insatisfaction générale que l'on constate aux États-Unis à l'égard des services de protection de l'enfance est un problème majeur. Au Canada, l'absence

d'études à ce sujet ne permet pas de déterminer comment les professionnels de la santé perçoivent les services de protection de l'enfance.

- Sont également perçus comme des sources d'inquiétude le manque de temps, la perte de revenu et la responsabilité.

Au cours des dernières années, le sentiment d'inquiétude ressenti par les professionnels de la santé en général à l'égard du signalement s'est accru au même titre que le nombre d'enfants victimes de violence, les taux de corroboration, quant à eux, ayant diminué. Nombreux sont les indices de la sous-déclaration, bien que nous ne sachions pas si les taux ont véritablement augmenté. Aussi alarmante est la hausse des cas corroborés de consommation abusive d'alcool et de drogues chez les familles américaines, bien que nous ne soyons pas en mesure de dire si une tendance semblable existe au Canada. Alors que les médecins sont appelés de plus en plus à traiter des cas présentant des signes non apparents de violence ou des cas de «nouvelle morbidité», il devient de plus en plus urgent de se doter d'une formation psychosociale, bien qu'une telle formation ne soit en général toujours pas disponible dans les écoles de médecine ni intégrée aux programmes de formation.

Résultat : la collectivité médicale souscrit à la sous-déclaration, ce qui fait qu'en retour, les enfants maltraités ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin. Pour trouver des solutions à ces problèmes qui se sont maintenant étendus à la grandeur du système, le personnel médical et hospitalier a défini diverses stratégies, dont voici un aperçu.

2.5.1 Protocoles

Des protocoles ont été établis dans toutes les provinces afin de faciliter le travail auprès des enfants victimes de violence. Le rapport Badgley de 1984 a d'ailleurs joué un rôle catalyseur dans l'établissement de protocoles au Canada. (En 1994, Terre-Neuve était la seule province à ne pas avoir établi de protocoles officiels⁽¹⁰⁾.) Il existe maintenant de nombreux types de protocoles au sein des différentes provinces canadiennes, les uns établis par des groupes professionnels pour leur propre compte (protocoles répondant aux besoins de leurs organismes ou établissements), les autres établis en collaboration avec d'autres groupes (protocoles régissant la gestion communautaire des cas d'enfants victimes de violence).

Les protocoles ont tous un but commun : faire en sorte que les enfants maltraités puissent bénéficier constamment et au moment opportun d'une aide adéquate. Les protocoles établis par les hôpitaux commencent habituellement par décrire les obligations légales et les conséquences du non-signalement, apporter des précisions sur la terminologie et expliquer comment l'hôpital doit traiter les cas d'enfants victimes de violence comparativement à d'autres organismes et professionnels de la communauté. Les protocoles ont pour but de définir les rôles et les responsabilités du personnel hospitalier, ainsi que les critères reliés au diagnostic, à la documentation, aux demandes de consultation, au traitement des renseignements confidentiels, au travail auprès de l'enfant et de sa famille, au signalement des cas de violence, à la transmission de renseignements aux autorités extérieures, comme les services de protection de l'enfance et les organismes d'application de la loi, et à la préparation précédant les comparutions en cour. Un chapitre est également consacré à la gestion de circonstances exceptionnelles, comme les cas entraînant le décès du sujet. Les hôpitaux ont, dans leur protocole, des dispositions qui leur sont propres, mais les sujets traités sont semblables (un exemple de protocole d'ensemble nous est donné dans le House Staff Manual du Department of Pediatrics, de l'Université du Texas⁽⁶⁶⁾). L'un des principaux messages véhiculés par la majorité des protocoles est que le personnel peut compter sur l'appui et la protection de l'organisme, même si des erreurs ont été faites en voulant respecter les méthodes de l'organisme. Les protocoles sont considérés comme une référence précieuse lorsqu'il s'agit de clarifier des incertitudes concernant un diagnostic, d'expliquer la signification de termes juridiques pouvant paraître ambigus, d'obtenir des conseils en matière de responsabilité, de répondre à certaines préoccupations et d'apporter des précisions sur la relation médecin-patient ^(3,38,54,61,67-69).

2.5.2 Questionnaires de dépistage et d'évaluation des risques

Les questionnaires de dépistage et d'évaluation des risques sont différents des questionnaires de prédiction des cas d'enfants victimes de violence dont on se servait beaucoup dans les années 1970 et au début des années 1980 pour évaluer la relation mère-enfant. Ils utilisent des variables

qui, pour la plupart, sont «une preuve tangible de violence ou de négligence probable... les signes évidents de comportement violent grave de la part d'un parent... ou des faits concrets, comme l'état physique de l'enfant, qui témoigne de la violence ou de la négligence dont il est victime»⁽³²⁾.

Dans certaines provinces canadiennes, les services de protection de l'enfance se servent de questionnaires d'évaluation des risques⁽¹⁰⁾. Dans son enquête relative à l'affaire Kasonde, le coroner de l'Ontario a recommandé «que le questionnaire d'évaluation des risques soit utilisé pour toutes les sources potentielles de risque auxquelles un enfant peut être exposé en présence du parent ayant la garde ou du parent n'ayant pas obtenu la garde de l'enfant»⁽⁷⁰⁾. Aux États-Unis, les services de protection de l'enfance utilisent couramment des questionnaires d'évaluation des risques pour détecter la violence grave ou les risques de violence auxquels peut être exposé l'enfant. Ce type de questionnaire, en plus de permettre de dépister des cas, peut aider à clarifier en partie, mais de façon pratique, les termes ambigus utilisés dans les lois sur la protection de l'enfance^(32,38). En 1979, Giovannoni et Becerra prétendaient que les questionnaires faisant appel à des critères explicites pouvaient apporter une réponse logique aux définitions confuses que l'on retrouvait dans les lois en matière de violence envers les enfants : «Les définitions vagues que donnent les lois ne seraient pas si problématiques si les personnes appelées à prendre des décisions sur un cas précis pouvaient s'appuyer sur des normes et des critères bien définis qui en faciliteraient l'interprétation»⁽⁷¹⁾. Les questionnaires de dépistage, d'ailleurs bien accueillis par les services de protection de l'enfance, permettent de combler les lacunes définitionnelles.

L'efficacité des questionnaires de dépistage a été démontrée par Flango⁽³⁷⁾ lors d'une macro-analyse sur la relation entre l'utilisation de questionnaires de dépistage et les taux de corroboration. Le

tableau 2.4 est une version modifiée du tableau de contingence original.

Flango a découvert que 79 % des États américains qui se servaient de questionnaires d'évaluation des risques présentaient un taux de corroboration supérieur à 50 %. Par contre, 59 % des États qui n'utilisaient pas de questionnaires d'évaluation des risques affichaient un taux de corroboration inférieur à 50 %. Sur le plan statistique, cette constatation est importante ($p < 0,025$ [test bilatéral]). Flango souligne qu'au moment de l'analyse (1991), 18 États se servaient d'un questionnaire d'évaluation du genre, tandis que 11 s'apprêtaient à en faire l'utilisation. Cette étude a une conséquence potentiellement considérable sur le plan politique. Bien que l'analyse portait sur la corroboration de cas signalés aux registres des cas d'enfants maltraités des États, des instruments d'aide aux décisions devraient être utilisés chaque fois qu'il s'agit d'évaluer ou de diagnostiquer un cas de violence envers un enfant, y compris les cas traités par les hôpitaux, les services de protection de l'enfance, les services de santé publique, etc.¹⁰. Les questionnaires d'évaluation des risques favorisent également l'harmonisation des bases de données en plus de faciliter l'analyse des données et la surveillance des programmes.

2.5.3 Documentation

La tenue méticuleuse des dossiers est une pratique médicale sage et particulièrement importante chez les travailleurs sociaux chargés des cas d'enfants victimes de violence, certains cas pouvant faire l'objet d'actions en justice. Malheureusement, de nombreux hôpitaux américains ne disposent que d'une information partielle ou confuse sur les cas qui leur sont soumis. Par exemple, une analyse de grande envergure touchant 642 dossiers médicaux faisant état des cas d'enfants victimes de violence traités

¹⁰ Warner et Hansen⁽⁷²⁾ ont analysé des ouvrages leur permettant de trouver des outils et des techniques de diagnostic pouvant être utiles au dépistage des cas d'enfants victimes de violence. Voici ce qu'ils ont découvert :

- Des dessins, des photographies et des radiographies d'enfants maltraités présentant des blessures pathognomoniques^(73,74).
- Une liste de blessures non fréquentes, comme l'aspiration mortelle de poivre et les brûlures associées à l'utilisation d'un four à micro-ondes⁽⁷⁵⁾.
- Le syndrome de Münchausen par procuration, qui survient par exemple lorsque la personne ayant la garde de l'enfant provoque chez l'enfant l'apparition de symptômes ou d'une maladie, ou ordonne que l'enfant soit opéré sans qu'il en soit nécessaire^(76,77).
- Les signes pathognomoniques de la violence physique, comme le syndrome du bébé secoué et les ecchymoses non accidentelles sur la peau^(49,78).

Tableau 2.4
Relation entre l'utilisation de questionnaires de
dépistage et les taux de corroboration des cas de
violence envers les enfants (n = 43 États)

Taux de corroboration	Questionnaires d'évaluation			
	Oui		Non	
Plus de 50 %	11	(79 %)	12	(41 %)
Moins de 50 %	3	(21 %)	17	(59 %)
Total	14*	(100 %)	29	(100 %)

* Dix-huit États ont fait appel à des questionnaires d'évaluation, mais seulement 14 disposaient de données sur les taux de corroboration.

dans un hôpital du Kansas a permis de constater que 4 % (28 cas) des dossiers ne comprenaient aucun renseignement sur les circonstances entourant la blessure et que seulement 209 dossiers (33 % des dossiers) présentaient un compte rendu complet de l'examen⁽²³⁾.

Cette absence de renseignements suffisants que l'on constate dans les dossiers médicaux des hôpitaux peut être facilement évitée grâce à un formulaire d'enregistrement normalisé, comme l'a démontré une étude de grande envergure menée par l'Academy of Pediatrics des États-Unis sur une période de deux ans. Les auteurs de l'étude ont conclu que l'utilisation d'un formulaire structuré et normalisé pour le signalement des cas d'enfants victimes de violence aidait considérablement à améliorer la qualité comme la quantité des renseignements recueillis et inscrits aux dossiers. «Ce type de formulaire a permis d'identifier l'agresseur dans une proportion passant de 56 % à 95 %, d'accroître les demandes de photographies dans une proportion passant de 18 % à 98 % et d'augmenter les dessins illustrant des blessures physiques dans une proportion passant de 17 % à 87 %»⁽⁷⁹⁾.

Outre le fait qu'elle constitue une bonne pratique médicale, la tenue de dossiers précis et complets est l'une des mesures de protection les plus sûres en matière de responsabilité. De bons dossiers médicaux, auxquels on a annexé la transcription d'interrogatoires et toutes autres notes afférentes, servent de documents juridiques et constituent une précieuse source de renseignements pour les services de protection de l'enfance, les organismes d'application de la loi et le système judiciaire^(23,48,79-82). Il semble que, pour se protéger contre toute accusation, le médecin légiste doit documenter tous les diagnostics de violence envers un enfant, y compris les cas où la maltraitance n'est pas mise en cause. On recommande

alors que «si vous en arrivez à la conclusion que l'enfant ne présente aucun signe de violence à son égard et qu'il n'est pas nécessaire de signaler son cas, vous devez documenter les circonstances de fait pour lesquelles ce cas présumé de violence a été porté à votre attention, les détails de l'enquête et la raison qui vous porte à croire que l'enfant en question n'est pas victime de violence ou de négligence»⁽⁸³⁾.

2.5.4 Équipes multidisciplinaires sur la violence envers les enfants

Comme ce fut le cas des protocoles, de plus en plus d'équipes multidisciplinaires chargées d'étudier les cas d'enfants victimes de violence ont fait leur apparition en Amérique du Nord, pour de nombreuses bonnes raisons. Ces groupes sont considérés comme la solution à certains obstacles auxquels fait face tout le système en matière de prestation de services aux enfants victimes de violence^(3,47,84). En fait, on leur attribue plusieurs avantages, dont celui d'être plus élaborés et plus formels que les comités consultatifs pluridisciplinaires. L'équipe fonctionne selon des protocoles homologués par les organismes qui en sont membres, tandis que le comité consultatif est, quant à lui, formé pour répondre davantage à des problèmes spéciaux, imprévus (comité ad hoc). Ce type de comité peut comporter, par contre, certains des avantages d'une équipe multidisciplinaire – et non pas tous – présentés dans ce chapitre. Dans le milieu hospitalier, les comités consultatifs pluridisciplinaires sont probablement plus courants que les équipes multidisciplinaires sur la violence envers les enfants, qui sont principalement orientées sur la collectivité et composées d'organismes à vocations multiples.

Les équipes multidisciplinaires aident d'abord à améliorer la communication entre les profession-

nels et à favoriser une meilleure compréhension des politiques et des méthodes des divers organismes concernés, ainsi que des contraintes qui leur sont imposées par l'établissement de critères législatifs. (Selon les auteurs d'une enquête nationale auprès des professionnels autorisés par les lois sur le signalement, les travailleurs du service de protection de l'enfance le plus efficace qu'ils aient rencontré se réunissaient régulièrement avec les professionnels de la collectivité locale aux fins de consultation⁽²⁹⁾.) Deuxièmement, les équipes facilitent également le partage d'information entre les professionnels concernés et contribuent à simplifier la collecte de données et à réduire la redondance opérationnelle, ce qui, par conséquent, fait épargner beaucoup de temps à tous. (Certains règlements devront être modifiés afin d'autoriser une plus grande liberté dans le partage d'information au sein des membres composant les équipes sur la violence envers les enfants^(3,85).) Troisièmement, l'équipe multidisciplinaire constitue un bon environnement favorisant la transmission des compétences et des connaissances (sur le plan médical, juridique, psychosocial, en matière de soins infirmiers, de développement de l'enfant, etc.), le respect mutuel et la coopération. Quatrièmement, grâce à une coordination et une planification de cas plus efficaces, les équipes obtiennent de meilleurs résultats, en permettant, par exemple, d'atténuer l'expérience traumatisante que revivent la jeune victime (de violence sexuelle surtout) et sa famille lorsqu'elles sont amenées à répondre aux questions de plusieurs professionnels et enquêteurs⁽³⁾. Enfin, en parvenant à améliorer la communication et la collecte d'informations, les équipes peuvent obtenir un taux de condamnation beaucoup plus élevé au terme de poursuites pour violence sexuelle envers un enfant⁽³⁾.

Il est à noter que le succès des équipes multidisciplinaires sur la violence envers les enfants repose principalement sur l'établissement d'un protocole détaillé et réaliste, approuvé par la direction des organismes membres¹¹. Il est primordial que le personnel de ces organismes s'engage à respecter ce protocole. Il faut égale-

ment souligner que la Temporary Commission of Investigation de l'État de New York considère que la constitution de groupes multidisciplinaires sur la violence envers les enfants et l'établissement de protocoles inter-organisations sont une étape essentielle – la première d'ailleurs – visant à restructurer le réseau de protection de l'enfance mis sur pied dans cet État. Cette importante recommandation de la Commission fait suite à une étude et une consultation d'envergure auprès de spécialistes des États-Unis et du Royaume-Uni en matière de gestion des cas d'enfants victimes de violence.

2.5.5 Formation

Il est clair que sur le plan psychosocial, les médecins praticiens ont besoin de formation en ce qui a trait au dépistage et au traitement des cas d'enfants victimes de violence, pour qu'ils puissent ainsi améliorer la façon dont ils gèrent ces cas^(3,13,47,50,59,61). Les hôpitaux ne doivent pas tarder à prendre les mesures qui s'imposent pour veiller à ce que tout leur personnel médical reçoive la formation psychosociale dont il a besoin pour assumer ses responsabilités en matière de dépistage des cas d'enfants victimes de violence. Il est également urgent de former le personnel pour qu'il soit capable de détecter les enfants victimes de violence sexuelle et de recueillir de l'information à ce sujet^(3,48,69).

Il n'est pas facile pour un professionnel de la santé d'expliquer à son patient les restrictions que la loi sur le signalement obligatoire impose en matière de confidentialité sans risquer de perdre sa confiance. De plus, il peut être difficile de maintenir de bonnes relations avec un patient qui apprend que son médecin a signalé son cas à un organisme responsable. Pour éviter de perdre son patient, le médecin devra faire preuve d'une grande sensibilité, d'un excellent jugement et de nombreuses connaissances médicales^(54,58,60). Le professionnel doit posséder une formation adéquate lorsqu'il doit expliquer aux parents les obligations qui l'ont contraint à signaler le cas de leur enfant, qu'il soupçonne être victime de violence.

¹¹ Des protocoles spéciaux doivent être établis pour coordonner les poursuites criminelles et civiles intentées simultanément, situation courante pour certains cas d'enfants victimes de violence sexuelle au Canada⁽⁸⁶⁾.

3.0 Signalement des cas d'enfants victimes de violence : lois et jurisprudence canadiennes

3.1 Introduction

Les enfants – et le monde entier peut maintenant en témoigner – sont exposés à différentes formes de violence et de négligence venant souvent de leurs parents, de personnes qui en ont la charge ou d'adultes en qui ils ont confiance. La protection des enfants nécessite l'appui d'un système juridique qui recommande que les services de protection de l'enfance soient mis au courant des situations où l'enfant est exposé à la violence ou à la négligence afin qu'ils puissent ouvrir une enquête et intervenir efficacement.

Le régime légal qui régit le signalement des cas d'enfants victimes de violence et de négligence a été instauré dans une société qui a un respect considérable pour la vie privée et l'autonomie des personnes. Par exemple, aucune loi en général n'oblige les gens à signaler à la police les actes criminels dont sont soupçonnés leurs concitoyens, surtout s'il s'agit de membres de leur famille. Les lois et codes de déontologie restreignent la divulgation de renseignements que les professionnels obtiennent de leurs patients et clients. Le fait que la législation canadienne privilège la protection de l'enfant au détriment du droit des adultes à la vie privée ne suffit pas à apaiser les tensions que soulèvent ces intérêts opposés et la façon dont les différents gouvernements et juges canadiens tentent de les concilier, donnant lieu à d'importants écarts.

Les inquiétudes que soulève la sous-déclaration des cas de violence physique remontent à l'adoption des premières lois canadiennes sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence au milieu des années 60. La prise de conscience croissante des lacunes qui s'étaient installées au sein des programmes d'intervention sociaux et juridiques en matière de violence et de négligence a forcé le droit civil et pénal à subir de nouvelles modifications à la fin des années 80 et au début des années 90 afin de rendre le régime légal plus réceptif aux besoins des enfants.

Les lois sur le signalement ne représentent qu'une infime partie du régime légal qui traite du problème de la violence et de la négligence envers les enfants. Elles sont toutefois essentielles à la promotion du signalement aux services de protec-

tion de l'enfance de tous les cas où il y a des motifs raisonnables de croire qu'un enfant est peut-être victime de violence et de négligence et favorisent par le fait même l'ouverture d'une enquête et la mise sur pied d'une intervention efficace.

Bien que les lois diffèrent considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre du Canada, elles visent toutes en général à promouvoir le signalement en sanctionnant le non-signalement mais aussi en garantissant une protection juridique aux personnes qui, de bonne foi, dénoncent des cas que l'on juge ensuite non fondés.

L'adoption de lois sur le signalement a comme but premier d'éduquer, d'informer le public et les professionnels de leurs obligations à l'égard des enfants. Il est rare qu'une personne soit poursuivie en justice pour non-signalement et presque la totalité des cas au Canada ont été signalés par des professionnels appartenant en général au milieu de la santé. L'application de sanctions juridiques incite également les personnes chargées de former les professionnels à intégrer dans leurs programmes et cours la violence envers les enfants et les obligations légales qui s'y rattachent.

L'existence d'une obligation légale de signaler les cas d'enfants victimes de violence et de négligence a également une forte influence sur la relation entre le professionnel et les parents de l'enfant. Si les parents apprennent que quelqu'un a signalé leur cas aux services de protection de l'enfance, ils chercheront habituellement à se tenir à l'écart de cette personne. Les provinces ont pour la plupart instauré des dispositions ou des politiques légales qui tentent de protéger l'identité du dénonciateur, mais s'il s'agit d'un professionnel, les parents ont de bonnes chances de le connaître. Pour un professionnel qui doit ou qui souhaite maintenir une bonne relation avec les parents, il est important de pouvoir expliquer que le signalement d'un enfant qu'il soupçonne être victime de violence n'est pas une question de choix mais d'obligation légale⁽⁸⁷⁾.

Une autre question d'ordre juridique fait surface. Il s'agit de l'institution d'une responsabilité civile que doivent assumer les personnes qui préfèrent ne pas dénoncer un cas mais dont la décision sera à l'origine de la violence qu'a continué de subir l'enfant. En plus de favoriser le signalement, cette responsabilité prévoit l'indemnisation des victimes qui ont eu à subir d'autres préjudices en raison du non-signalement de leur cas.

3.2 Le devoir de signaler les cas d'enfants victimes de violence et de négligence

3.2.1 Dispositions relativement aux infractions

Au Canada, toutes les provinces, à l'exception du territoire du Yukon¹², ont instauré des lois relativement au devoir de dénoncer les cas présumés de violence et de négligence envers les enfants (des extraits des lois canadiennes sur le signalement sont disponibles à l'annexe A). La personne qui signale le cas n'a pas besoin de savoir avec certitude qu'il y a bel et bien eu violence ou négligence; il lui suffit «d'avoir des motifs raisonnables et probables de croire»⁽⁸⁸⁾ qu'il y a eu violence ou négligence ou «d'avoir des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant subit de mauvais traitements, risque d'en subir ou peut en avoir subis»⁽⁸⁹⁾.

Chaque province et territoire oblige le signalement des cas de violence physique et sexuelle. Cependant, l'interprétation qu'on donne aux cas devant être signalés diffère d'une province à l'autre. La majorité des provinces obligent le signalement de tous les cas où l'on croit que l'enfant «a besoin de protection», concept auquel on peut accorder un sens très large. C'est le cas notamment au Manitoba⁽⁹⁰⁾, qui oblige le signalement des situations où l'enfant «échappe au contrôle» d'un parent ou à Terre-Neuve, qui encourage le signalement d'un enfant exposé à des actes de violence conjugale grave même si celui-ci ne subit pas directement cette violence.

Certaines provinces, dont le Nouveau-Brunswick, imposent une sanction juridique seulement lorsqu'il y a non-signalement de certains cas limités de violence envers un enfant, par exemple lorsqu'une personne possède des renseignements l'amenant à «soupçonner qu'un enfant a été abandonné, victime de négligence matérielle, physique ou affective, ou de sévices ou atteintes sexuelles, ou maltraité de toute autre façon»⁽⁹¹⁾. Ces provinces n'obligent pas à dénoncer les situations où l'on soupçonne que l'enfant a besoin de protection mais n'est pas victime de violence.

Bien que les provinces interprètent le signalement de façon différente, toutes se portent en faveur du signalement obligatoire des cas où la violence et la négligence sous leurs formes les plus fréquentes sont en cause. Les poursuites en justice ou les procès en responsabilité civile intentés au Canada contre des personnes ayant enfreint la loi sur le signalement obligatoire ont souvent mis en cause des cas de violence physique ou de violence sexuelle où l'enfant présentait des signes apparents de violence.

3.2.2 Le degré de diligence pour les professionnels et les autres

Dans certaines provinces canadiennes, les fournisseurs de soins, les enseignants et autres professionnels oeuvrant auprès des enfants sont tenus plus que d'autres à dénoncer les cas d'enfants victimes de violence et de négligence.

En Ontario et au Nouveau-Brunswick, les citoyens qui ne sont pas des professionnels sont concernés par la loi sur le signalement obligatoire, qui leur accorde l'immunité en matière de poursuite civile lorsque, de bonne foi, ils dénoncent des cas qui, en bout de ligne, se révèlent non fondés. Cependant, ces deux provinces jugent injuste et inopportun d'imposer aux citoyens ordinaires une sanction pour le non-signalement, considérant que seuls les professionnels peuvent être passibles de poursuites pour non-signalement¹³. Elles doutent par

¹² Comme nous le soulignerons plus tard, le Yukon n'interprète pas le non-signalement comme une infraction, mais prévoit que les personnes qui font preuve de bonne foi en signalant ces cas ont droit à l'immunité en matière de poursuite civile.

¹³ Il est intéressant de constater qu'en Ontario, les dispositions relativement aux infractions ne s'adressent qu'aux professionnels exerçant des fonctions «en ce qui concerne un enfant», tandis qu'au Nouveau-Brunswick, par exemple, la loi fait simplement référence «au professionnel qui, dans l'exercice de ses responsabilités professionnelles, recueille des renseignements...». En d'autres mots, la loi ontarienne stipule qu'un professionnel, qui, au moment de traiter un adulte, croit que cet adulte peut avoir manifesté un

exemple qu'il soit convenable de poursuivre un conjoint ou un grand-parent qui a négligé de dénoncer qu'un parent pourrait avoir eu un comportement violent à l'égard d'un enfant. Elles sont par contre conscientes du fait que les citoyens non professionnels ne possèdent pas la formation requise pour reconnaître les signes de la violence ou ne sont peut-être pas au courant de l'existence de lois sur le signalement de cette violence et c'est pourquoi il leur semble contre-indiqué de les poursuivre.

Pour d'autres provinces, le fait de vouloir protéger les enfants tout en tenant compte de ces situations particulières donne lieu à l'établissement de différentes dispositions législatives. En Nouvelle-Écosse, les professionnels qui exercent des fonctions en ce qui concerne un enfant sont passibles de la peine maximale s'ils sont reconnus coupables de non-signalement, c'est-à-dire de 5 000 \$ ou d'un an d'emprisonnement, ou des deux, cette peine étant de 2 000 \$ ou de six mois d'emprisonnement, ou des deux, pour les non-professionnels ⁽⁹²⁾.

Au Québec, la loi stipule que tous les adultes qui sont en contact avec des enfants doivent veiller à les protéger contre les formes de violence les plus courantes, tandis que les professionnels, eux, doivent signaler les cas reliés à des formes de violence plus variées. Selon la *Loi sur la protection de la jeunesse*⁽⁹³⁾, les professionnels commettent une infraction lorsqu'ils optent pour le non-signalement alors qu'ils ont «un motif raisonnable de croire» que la sécurité ou le développement d'un enfant est en danger. Cette disposition s'applique à de nombreuses situations, comme celle où les parents négligent de prendre les mesures qui s'imposent lorsqu'un enfant manifeste «des troubles de comportement sérieux» ou celle où l'enfant souffre de rejet affectif grave. Les personnes autres que les professionnels fournissant des soins ou des services d'aide à des enfants commettent une infraction seulement si elles omettent de signaler un cas où elles ont un motif raisonnable de croire que l'enfant est «victime d'abus sexuels ou soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence», des

situations qui, contrairement aux professionnels, sont plus restreintes.

En ce qui a trait aux cas présumés de violence ou de négligence qui, normalement, devraient être signalés, les citoyens de toute province ne sont tenus de respecter que le critère du «bon père de famille» en tenant compte de leur formation et de leur statut. Cet élément a été apporté lors d'une décision rendue en Ontario, en 1984, dans l'affaire *R. c. Strachula*, où un médecin de famille était accusé de ne pas avoir signalé un cas d'enfant victime de violence⁽⁹⁴⁾. La Couronne a présenté le témoignage d'un pédiatre possédant des connaissances en matière de violence envers les enfants, qui a soutenu que le médecin de famille aurait dû soupçonner que l'enfant était victime de violence. Lorsqu'il a prononcé son verdict d'acquiescement, le juge Main a déclaré :

Les termes [de la loi sur le signalement] «toute personne... qui, dans l'exercice de sa profession ou de ses fonctions officielles» laissent supposer qu'une distinction doit être faite entre les différentes catégories de professionnels et qu'il n'existe pas de critère universel applicable à l'ensemble de ces dites personnes mais plutôt un degré de diligence propre à la catégorie en question... Le degré de diligence qui s'applique aux pédiatres possédant des connaissances en matière de violence envers les enfants ne doit pas être le même degré de diligence qui s'applique aux médecins de famille ou à d'autres professionnels, comme les infirmières et infirmiers en santé publique, les enseignants, les travailleurs des services aux familles, des services à l'enfance, pour n'en nommer que quelques-uns. Le critère applicable doit être déterminé en fonction de la capacité professionnelle de la personne... concernée.

Ce raisonnement laisse également supposer que le médecin de famille devrait normalement détecter et signaler le cas, ce que l'enseignant n'est pas tenu de faire. Dans les provinces où les

comportement violent à l'égard d'un enfant, n'enfreint pas la loi s'il ne signale pas ce cas. Cette même loi laisse donc supposer qu'un psychiatre traitant un pédophile ne pourrait être reconnu coupable pour le non-signalement d'un cas où il aurait de bonnes raisons de soupçonner qu'un enfant est ou a été victime de violence. Toutefois, même en Ontario, un professionnel se retrouvant dans cette situation pourrait faire l'objet de poursuites civiles si, à cause de sa négligence, l'enfant continue de subir cette violence.

non-professionnels sont passibles de poursuites, ces derniers devraient détecter et signaler seulement les cas de violence les plus apparents. En fait, les seules personnes au Canada ayant été poursuivies en justice pour le non-signalement de cas de violence ou de négligence sont des professionnels qui, provenant presque tous du milieu de la santé, possèdent toute la formation requise en matière de dépistage des cas d'enfants victimes de violence et connaissent très bien leurs obligations légales quant au signalement de tels cas.

En Ontario, deux médecins ont été accusés de non-signalement⁽⁹⁵⁾ : un jeune garçon de 18 mois a été traité par l'un des médecins à son cabinet et a été amené à diverses occasions au service d'urgence de l'hôpital où il a été traité par l'autre médecin. L'enfant souffrait d'ecchymoses au pénis, au scrotum, à l'estomac et aux jambes, d'une déchirure au pénis et probablement de blessures internes. Selon les parents, l'enfant se serait blessé en tombant de son jouet. Plusieurs infirmières, qui avaient eu à traiter des cas semblables, ont insisté pour que les médecins signalent le cas aux services de protection de l'enfance, ce qu'ont refusé les médecins.

On a appris plus tard que le garçon avait été agressé par un oncle déficient mental et les médecins ont été accusés de non-signalement. Les médecins ont tous deux nié avoir soupçonné l'enfant d'être victime de violence, mais la cour les a condamnés jugeant qu'un médecin dans cette situation disposait d'un motif raisonnable pour soupçonner de tels actes, compte tenu surtout du fait que les infirmières leur avaient fait part de leurs inquiétudes et que l'hôpital avait établi une politique concernant le signalement. Les médecins ont été condamnés à payer une amende de 400 \$ chacun puis jugés devant le comité de déontologie médicale, qui leur a interdit d'exercer pendant un mois⁽⁹⁶⁾. Selon l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, les médecins «ont fermé les yeux» sur un cas qu'ils auraient dû soupçonner (Comité de discipline, octobre 1990).

Il est à noter que toute personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant est victime de violence se doit de dénoncer le cas et qu'en théorie, les infirmières, dans ce cas, auraient pu aussi être accusées. Une personne peut, cependant, assumer cette obligation par elle-même ou en demandant à un collègue ou à toute autre personne de signaler le cas aux services de protection de l'enfance.

3.2.3 Signalement des cas d'agression extra-familiale

Plusieurs provinces canadiennes définissent le signalement obligatoire comme l'action que doit assumer une personne lorsqu'un enfant est victime de violence et de négligence de la part d'un parent, d'un tuteur ou de toute autre personne «ayant la charge de l'enfant». Cette définition ne tient pas compte des agressions commises par un étranger ou de toute autre personne en dehors de la famille «n'ayant pas la charge de l'enfant». Cette exclusion se justifie par le fait que le service de protection de l'enfance ne pourra ouvrir une enquête et intervenir que si les parents ou les tuteurs de l'enfant ne veulent ou ne peuvent pas protéger l'enfant et, dans le cas d'agressions extra-familiales, ce sont les parents ou les tuteurs qui doivent protéger l'enfant et déterminer quel traitement doit être suivi ou quelle action doit être posée.

De nombreux arrêts en Ontario font état de professionnels qui ont été accusés de non-signalement et qui ont demandé à être acquittés en donnant comme raison que le présumé agresseur n'avait pas «la charge de l'enfant». Selon un arrêt de 1984⁽⁹⁷⁾, le juge Main du Tribunal de la famille de l'Ontario a acquitté un médecin accusé de n'avoir pas signalé le cas d'une jeune fille de 14 ans qui, enceinte de son frère de 16 ans, était victime de violence, la Couronne n'ayant pas réussi à démontrer que la jeune fille était «à sa charge». Dans une décision prise en 1995, le juge Abbey a acquitté un autre médecin accusé du non-signalement d'une fillette agressée sexuellement par son oncle⁽⁹⁸⁾. Bien que la fillette puisse avoir été seule en présence de son oncle au moment de l'agression, il n'y avait aucune preuve légale que l'oncle avait «la charge de l'enfant»; au contraire, c'est la mère qui avait la charge de l'enfant et il n'y avait aucune preuve qu'elle avait «manqué à son devoir de protéger l'enfant».

Dans une décision de 1987 en Ontario⁽⁹⁹⁾, le juge Gotlib a renversé le verdict d'acquiescement d'un tribunal inférieur et condamné la propriétaire d'une garderie pour n'avoir pas signalé aux services de protection de l'enfance qu'un membre de son personnel avait réprimandé un enfant de façon excessive. La cour d'appel a statué que la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* de l'Ontario ne visait pas uniquement à protéger les enfants de la violence de leurs parents et que l'expression «avoir la charge

d'un enfant» concernait également tout membre du personnel d'une garderie qui, au moment de l'événement, ne travaillait pas sous la surveillance de l'exploitant de la garderie. Toutefois, le juge a reconnu qu'il est «singulièrement difficile pour une personne qui n'est pas de la profession d'interpréter la législation au sujet de laquelle les avocats ne s'entendent pas» et, tenant compte de l'ambiguïté de la disposition législative et du fait que l'enfant n'a pas subi de préjudice, a prononcé l'absolution inconditionnelle de l'accusé.

En Nouvelle-Écosse et au Manitoba, la loi sur le signalement stipule clairement que toute personne se doit de dénoncer tout cas présumé de violence envers un enfant. Cette disposition à laquelle on accorde un sens plus large est liée à l'existence d'un «registre de dépistage» dans ces deux provinces. Comme il en sera question plus loin, les services de protection de l'enfance de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba, chargés d'enquêter sur les cas d'agression extra-familiale (généralement en collaboration avec la police), s'assurent que le nom des agresseurs est inscrit dans un registre et que ceux-ci sont reconnus parmi les personnes qui sont censées être rémunérées pour prendre soin d'un enfant ou qui le font bénévolement.

3.2.4 Sanctions pour le non-signalement

Comme l'indique le tableau 3.1, les provinces et territoires n'imposent pas tous la même peine maximale pour le non-signalement des cas d'enfants victimes de violence ou de négligence. L'amende varie entre 500 \$ au Manitoba et dans les Territoires du Nord-Ouest et 10 000 \$ à Terre-Neuve et en Colombie-Britannique. Seule la province de Québec impose une peine minimale, soit de 200 \$. En Nouvelle-Écosse, les professionnels qui manquent à leur devoir font face à une sentence maximale plus élevée (5 000 \$ plus un an d'emprisonnement) que les citoyens ordinaires (2 000 \$ plus six mois d'emprisonnement). Cette distinction provient du fait que les professionnels sont en général censés connaître mieux leurs obligations quant au signalement et assumer des responsabilités bien déterminées à l'égard des enfants.

Bien que la plupart des provinces et territoires prévoient une peine d'incarcération pour le non-signalement, la jurisprudence démontre que l'amende est habituellement la peine qui est imposée, ce qui reflète en quelque sorte la vocation «éducative» des dispositions législatives.

Il semble que, pour la plupart des gens, la menace de poursuites n'est pas une raison valable pour les amener à dénoncer un cas. Il s'agit plutôt d'un sentiment d'obligation morale envers les enfants et la société et, dans le cas des professionnels, de la perspective de faire face à des sanctions disciplinaires venant de leur association professionnelle et de faire l'objet d'un procès en responsabilité civile.

3.2.5 Périodes de prescription et agressions commises dans le passé

Partout au Canada où le non-signalement des cas d'enfants victimes de violence ou de négligence est considéré comme une infraction, cette infraction est «punissable par voie de déclaration sommaire de culpabilité». En d'autres mots, l'accusé comparait dans un tribunal provincial ou territorial où siège un juge sans jury.

La période de prescription habituelle pour entamer une poursuite par voie sommaire est de six mois suivant la date de la présumée infraction. Dans certains cas de non-signalement, il est possible que les autorités n'en soient informées que plusieurs mois, voire plusieurs années après que l'infraction ait été commise. Presque partout au Canada, de tels cas sont jugés irrecevables par la loi, malgré que, dans certaines provinces, la loi sur le signalement prévoit une période de prescription spéciale, qui est de trois ans à Terre-Neuve et de deux ans en Nouvelle-Écosse. La Colombie-Britannique n'accorde pas de période de prescription.

Dans la plupart des provinces et territoires, les dispositions législatives sur les infractions sont rédigées au présent; ainsi exigent-elles le signalement d'une personne qui croit qu'un enfant «a» ou «peut avoir» besoin de protection ou, du moins, qui fait référence au présent en précisant que l'enfant «subit» de mauvais traitements (*has been abused*) plutôt que de dire qu'il «a subi» de mauvais traitements (*was abused*).

En Ontario, la loi sur le signalement était à l'origine rédigée au présent. Dans l'affaire *R. c. Cook*, un médecin de famille avait été accusé, au moment où l'ancienne loi était en vigueur, du non-signalement d'une jeune fille de 15 ans agressée sexuellement par son beau-père. La jeune fille avait révélé à sa mère que son beau-père lui avait caressé les seins et les jambes à plusieurs reprises au cours des deux dernières

Tableau 3.1 Lois provinciales* sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence et de négligence

	Sanction pour le non-signalement	Sanction applicable seulement aux professionnels	Peine maximale	Période de prescription spéciale	Immunité civile pour preuve de bonne foi	Confidentialité assurée	Sanction pour harcèlement de la source de signalement	Responsabilités particulières quant au signalement des agressions extra-familiales	Responsabilité légale du service de protection de l'enfance d'informer un organisme professionnel	Respect du secret professionnel de l'avocat	Signalement au service de protection de l'enfance ou à la police	Registre législatif sur les cas d'enfants victimes de violence	Sanction pour avoir sciemment fait un faux signalement
T.-N.	OUI		10 000 \$ + 6 mois d'emprisonnement †	3 ans	OUI		OUI				SPE / police		
Î.-P.-É.	OUI		1 000 \$		OUI	OUI				OUI	SPE / police		
N.-É.	OUI	Peine maximale plus élevée	2 000 \$ + 6 mois; pour professionnels 5 000 \$ + 1 an	2 ans	OUI			OU		OUI	SPE	OUI	
N.-B.	OUI	OUI	1 000 \$ + 6 mois d'emprisonnement †		OUI	OUI, sauf ordre contraire de la cour	OUI		OUI	OUI	SPE		
Qc	OUI		2 500 \$		OUI	OUI				OUI	SPE		
Ont.	OUI	OUI	1 000 \$		OUI					OUI	SPE	OUI	
Man.	OUI		500 \$ + 3 mois d'emprisonnement †		OUI	OUI, sauf ordre contraire de la cour	OUI	OUI	OUI	OUI	SPE	OUI	
Sask.	OUI		5 000 \$ + 6 mois d'emprisonnement †		OUI					OUI	CP/police		
Alb.	OUI		2 000 \$ + 6 mois si pris en défaut		OUI	OUI, sauf sur consentement du ministre				OUI	CP		
C.-B.	OUI		10 000 \$ + 6 mois d'emprisonnement †	Illimitée	OUI	OUI, sauf sur consentement du surintendant				OUI	CP		OUI
Yn	NON				OUI						CP/police		OUI
T.N.-O.	OUI		500 \$ + 6 mois d'emprisonnement †		OUI					OUI	CP		

* Voir à l'annexe A les extraits des lois en question.

années. Le lendemain, la mère était allée voir le médecin de famille – en l’occurrence l’accusé – et lui avait raconté les faits. Celle-ci lui avait répondu d’aller s’expliquer avec son mari et lui avait conseillé de revenir la consulter et de dire à son mari et à sa fille d’en faire de même. Environ une semaine plus tard, la mère était retournée voir le médecin pour lui dire que son mari avait avoué l’agression et qu’elle ne laisserait plus son mari et sa fille seuls à la maison. La mère avait ajouté que son mari viendrait consulter le médecin. Le médecin n’a pas signalé l’agression, qui, quelques mois plus tard, fut signalée directement à la police, des accusations ayant été portées contre le beau-père. Le médecin a alors été accusée de non-signalement mais acquittée par le juge de première instance, jugement confirmé par la Cour d’appel de l’Ontario⁽¹⁰⁰⁾. Le juge en est arrivé à un verdict d’acquiescement parce que la Couronne n’avait pas pu prouver que le médecin avait des « motifs raisonnables » de croire que l’enfant « est » victime d’agression, étant donné qu’elle croyait que la mère avait pris les mesures nécessaires pour protéger son enfant. Suite à cette affaire, la loi ontarienne fut modifiée et oblige maintenant un professionnel ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu’un enfant « subit de mauvais traitements, risque d’en subir ou peut en avoir subis » de faire part de ses soupçons⁽⁸⁹⁾.

En raison de l’interprétation très restreinte de la loi sur le signalement en vigueur au moment de l’affaire *R. c. Cook*, il est possible que d’autres cas se présentent ailleurs au Canada et que la même défense soit utilisée pour acquiescer les personnes accusées de non-signalement, celle où la partie défenderesse dira que son client, au moment où il a été informé de la présumée agression, était persuadé que l’enfant ne risquait plus d’être agressé et que, par conséquent, il n’y avait plus lieu de signaler le cas. Il serait toutefois important de souligner que l’affaire *Cook* a donné lieu à un mauvais jugement et qu’elle ne devrait pas servir de jurisprudence ailleurs au pays.

3.2.6 À qui signaler

L’objectif de la loi sur le signalement est de veiller à ce que les mesures nécessaires puissent être prises par les services de protection de l’enfance pour enquêter sur les agressions dont sont victimes les enfants et pour protéger ces derniers; elle ne vise aucunement à encourager le signalement d’actes criminels ni les poursuites intentées contre les agresseurs. Autrefois, les

services de protection de l’enfance du Canada ne signalaient que les cas d’agression les plus graves et rares étaient les poursuites intentées pour violence ou négligence envers un enfant. Aujourd’hui, les protocoles établis entre les services de protection de l’enfance et la police parlent de communication et de collaboration. Les travailleurs préposés à la protection de l’enfance signalent régulièrement des cas d’enfants victimes de violence et de négligence à la police afin que soient intentées des poursuites et collaborent avec les policiers lors des enquêtes.

Presque partout au Canada, les lois sur le signalement exigent qu’un rapport soit transmis aux services de protection de l’enfance sur tout cas d’enfant victime de violence ou de négligence. À Terre-Neuve, à l’Île-du-Prince-Édouard, en Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest, une personne peut s’acquiescer de son obligation en signalant le cas aux services de protection de l’enfance ou à la police, cette dernière ayant le devoir d’en informer les services de protection de l’enfance. La raison pour laquelle ces provinces et territoires autorisent le signalement des cas aux autorités policières est, semble-t-il, reliée au fait qu’il est plus facile pour les gens de joindre la police, surtout dans les régions éloignées.

3.2.7 Renseignements privilégiés et confidentiels

Dans toutes les provinces et tous les territoires où des lois sur le signalement obligatoire sont en vigueur, les citoyens ont le devoir de dénoncer les cas d’enfants victimes de violence et de négligence malgré le fait que des dispositions contraires exigent la non-divulgence de renseignements jugés privilégiés ou confidentiels. La loi sur le signalement prévaut donc sur les règles légales concernant la confidentialité, notamment celles auxquelles les professionnels de la santé doivent se conformer. Les lois sur le signalement prévalent aussi sur le privilège de common law, qui pourrait, dans certains cas, autoriser un prêtre à ne pas témoigner au sujet de la confession d’un paroissien⁽¹⁰¹⁾. La Cour suprême du Canada n’accorde pas de privilège absolu (droit de ne pas témoigner) aux prêtres et autres personnages religieux concernant des conversations qu’ils ont eues avec des paroissiens, mais ce privilège peut quand même être accordé selon les faits en cause.

Même au Yukon, le seul territoire pour qui le non-signalement des cas d'enfants victimes de violence n'est pas une infraction, la loi stipule clairement qu'un professionnel qui choisit de signaler qu'un enfant peut avoir besoin de protection bénéficie d'une immunité contre les sanctions disciplinaires imposées par son association professionnelle à moins que ce professionnel ait « communiqué de faux renseignements dans l'intention de nuire »⁽¹⁰²⁾.

En général, les tribunaux privilégient le signalement obligatoire au détriment de la confidentialité. Dans l'affaire *Société de l'aide à l'enfance de Hamilton Wentworth c. M.(T.)*⁽¹⁰³⁾, le juge Steinberg a déclaré que le devoir de la police quant au signalement des cas de violence a priorité sur les responsabilités qu'elle doit assumer afin de préserver la confidentialité des enquêtes policières conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* de l'Ontario. Les policiers et les coroners ont donc l'obligation légale de divulguer toute information concernant le décès d'un enfant dans des circonstances alarmantes laissant croire à l'existence d'actes de violence portés contre lui et auxquels ses frères et soeurs sont peut-être exposés; le service de protection de l'enfance est autorisé à consulter les dossiers d'enquêtes policières afin d'obtenir des renseignements sur l'enfant décédé.

Dans le même ordre d'idées, un officier de police qui, dans l'exercice de ses fonctions, apprend qu'un prêtre a peut-être agressé sexuellement des enfants par le passé se doit de signaler le cas aux services de protection de l'enfance s'il croit que la sécurité d'autres enfants est en danger⁽¹⁰⁴⁾. Il doit assumer cette responsabilité même s'il n'est pas chargé de l'enquête, même si son supérieur lui dit le contraire et même si le premier plaignant (la victime) souhaite mettre fin à

l'enquête. La protection des enfants est un critère prépondérant et d'autres enfants peuvent être toujours exposés à la violence exercée par le prêtre.

Le signalement obligatoire comporte toutefois une exception : les avocats. Partout au Canada, sauf au Yukon et à Terre-Neuve, les lois sur le signalement obligatoire ne portent pas atteinte au secret professionnel de l'avocat. Par conséquent, les avocats exerçant leur profession dans ces provinces et territoires qui apprennent de leurs clients des renseignements les amenant à soupçonner qu'un enfant est victime de violence, ne sont pas tenus de signaler ce cas aux services de protection de l'enfance. Presque partout au Canada, les lois sur le signalement stipulent clairement qu'un avocat n'est pas tenu de dénoncer un cas de violence divulgué par un client en raison du secret professionnel qui lie l'avocat à son client. Une question intéressante se pose à savoir si un avocat peut, dans certaines circonstances, choisir de signaler aux services de protection de l'enfance toutes inquiétudes concernant de possibles récidives de la part de l'agresseur. Il est clair qu'un avocat ne peut de lui-même divulguer toute information lui ayant été transmise par un client sur des actes commis dans le passé. Cependant, certains codes de déontologie, comme le *Code de déontologie professionnelle* (1987) de l'Association du barreau canadien, considèrent que la divulgation de renseignements visant à prévenir un crime sera motivée si l'avocat a des motifs raisonnables de croire qu'un crime risque d'être commis prochainement et sera obligatoire lorsque le crime prévu comporte des actes de violence¹⁴. (À consulter également : *Child Abuse Reporting: A Challenge to Attorney-Client Confidentiality*, de Nancy Stuart⁽¹⁰⁶⁾.)

¹⁴ Concernant le problème auquel sont confrontés les avocats en matière de confidentialité, Gavin MacKenzie déclare⁽¹⁰⁵⁾ : Il est possible de démontrer qu'une approche mesurant les intérêts opposés de chaque cas est meilleure qu'une approche optant inmanquablement pour la valeur de la confidentialité en utilisant... des clients hypothétiques... Le... client est un père qui, à maintes reprises, a agressé ses jeunes enfants dans le passé et qui vit toujours avec eux. Une avocate, qui le représente dans une affaire n'ayant aucun lien avec les agressions commises, en vient par contre à être mise au courant de la situation dans l'exercice de sa profession. Il n'y a aucun doute que le père récidivera à moins que les autorités n'interviennent. Les agressions commises risquent d'avoir de lourdes conséquences sur les enfants qui, pouvant être amenés à percevoir la société d'un point de vue négatif, risquent un jour de devenir eux-mêmes des parents violents si personne ne met fin à la situation dont ils sont victimes et ne leur vient en aide. Il est maladroit de conseiller au client de cesser ses actes criminels. Dans ces circonstances, les dommages que subiront probablement les innocentes victimes devraient peser lourd. En exigeant que soient divulgués les crimes que continue de perpétrer son client, l'avocate fait valoir un argument irréfutable, certes, mais qui risque à l'avenir de refroidir la confiance du client envers l'avocate. (Traduction)

Les avocats qui représentent les enfants font partie des cas d'exception où le signalement n'est pas obligatoire⁽¹⁰⁷⁾¹⁵. Il faut cependant souligner que dans les situations où le privilège du secret professionnel de l'avocat ne peut être exercé, les avocats doivent assumer cette responsabilité. Il s'agit de penser, par exemple, à l'avocat qui, représentant l'un des parents lors d'un litige portant sur la garde d'un enfant, entend le témoignage en cour de l'autre parent qui avoue avoir eu un comportement violent.

À Terre-Neuve, la *Loi sur la protection de l'enfance (traduction)*⁽¹⁰⁹⁾, a. 38(5) d), stipule que les professionnels exerçant des «fonctions en ce qui concerne un enfant» ont le devoir de dénoncer toute violence probable à l'égard d'un enfant et s'adresse particulièrement aux avocats. L'article 38(6) prévoit que cette obligation doit être acquittée même si les renseignements déclarés sont privilégiés. C'est la seule province qui n'appuie pas explicitement le recours au privilège du secret professionnel de l'avocat lorsqu'il est question de dénoncer un cas d'enfant victime de violence, mentionnant que ce privilège peut ne pas être exercé, surtout dans le cas des avocats exerçant des «fonctions en ce qui concerne un enfant».

3.2.8 Privilège des chercheurs

En général, toute personne au Canada faisant de la recherche qui, au moment d'interroger des parents, des enfants ou d'autres personnes, obtient des renseignements lui fournissant un motif raisonnable de soupçonner qu'un enfant subit de mauvais traitements, a l'obligation légale de dénoncer la situation. Même si cette personne a promis de préserver le caractère confidentiel des réponses ou des renseignements obtenus et de ne pas dévoiler l'identité des personnes interrogées, elle est tenue de dénoncer tout cas de violence envers un enfant.

Cette responsabilité varie énormément d'une situation à l'autre. Il suffit de penser à un chercheur en sciences sociales qui s'engage à préserver la confidentialité des renseignements obtenus et qui pose des questions sur divers sujets,

portant notamment sur de possibles activités criminelles ou sur la consommation de drogues. Lorsqu'il n'est pas question de violence envers un enfant, le chercheur qui signale à la police un acte criminel présumé pourrait agir de façon illicite et faire l'objet de poursuites civiles; il y aurait également matière à vérifier si les renseignements ou les «aveux» obtenus par le chercheur après s'être engagé sous le sceau du secret pourraient être recevables devant un tribunal criminel.

Si, par contre, le chercheur doit poser des questions sur de possibles actes de violence commis à l'endroit d'un enfant, les dispositions prévues à cette fin dans les lois sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence (en vigueur partout au Canada sauf au Yukon) écartent toute règle applicable en matière de confidentialité et tout renseignement obtenu sur un cas présumé de violence doit être signalé. Les chercheurs qui interrogent des parents pouvant être amenés à dévoiler des renseignements sur des actes de violence commis à l'endroit d'un enfant se retrouvent confrontés à un problème d'ordre moral. Ces chercheurs devront-ils aviser les parents qu'ils auront probablement à révéler ces renseignements aux autorités?

Ces dispositions qui stipulent que les chercheurs ont l'obligation de dénoncer les cas d'enfants victimes de violence font l'objet d'une exception possible. L'article 17 de la *Loi sur la statistique*⁽¹¹⁰⁾ stipule que les chercheurs qui, en vertu de cette loi, sont liés par le secret professionnel et effectuent des études pour le compte de Statistique Canada ne peuvent divulguer aucun renseignement obtenu au cours de leurs recherches. Il n'existe aucun arrêt rapporté au Canada qui montre comment cette loi fédérale se situe par rapport aux lois provinciales et territoriales sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence. Cependant, l'approche ordinaire de la loi canadienne veut que les lois fédérales adoptées en cette matière l'emportent sur les lois provinciales générales qui s'y opposent. Donc, si Statistique Canada mène une enquête sur des enfants ou des cas d'enfants

¹⁵ Selon le Barreau du Haut-Canada⁽¹⁰⁸⁾ : «Le Sous-comité... s'objecte à ce que l'avocat se voie contraint de divulguer devant le tribunal ou à quiconque tout renseignement lui ayant été fourni par son client dans l'exercice de sa profession même lorsque, de l'avis de l'avocat, il est dans l'intérêt de l'enfant d'agir contrairement aux volontés de l'enfant. L'avocat n'est pas juge de ce qui est dans l'intérêt de l'enfant et ne doit en aucun temps être excusé pour avoir violé le secret professionnel qui le lie à son client. Si l'avocat ne croit pas pouvoir satisfaire aux volontés de l'enfant, il doit alors se retirer de l'affaire. Il doit en tout temps se conduire comme s'il agissait pour le compte d'un adulte». (Traduction)

victimes de violence, les enquêteurs, qui sont tenus sous le sceau du secret, ne sont pas autorisés à dénoncer les cas présumés de violence envers les enfants. Ne sont pas concernés par cette loi les enquêteurs qui dénoncent des cas d'enfants victimes de violence au cours de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants que mène Statistique Canada dans le cadre de son enquête-ménage.

3.3 Protéger l'identité des dénonciateurs

Le signalement aux services de protection de l'enfance des cas présumés de violence envers des enfants demande beaucoup de courage. Un membre d'une famille qui dénonce le parent ou le tuteur d'un enfant peut être en proie à un sentiment de culpabilité et s'attirer le mépris des autres membres de la famille, même s'il a agit en connaissance de cause. Il en est de même pour un voisin qui s'inquiète au sujet d'un enfant; il peut se retrouver en butte à l'hostilité d'un parent ou d'un tuteur mécontent ou même être victime de menaces de violence de sa part. Même les professionnels, comme les enseignants et les médecins, hésitent à divulguer leur identité à la suite du signalement d'un enfant victime de violence.

À l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec, la loi stipule que l'identité d'une personne qui signale un cas présumé de violence envers un enfant au service de protection de l'enfance doit être préservée. Au Nouveau-Brunswick et au Manitoba, l'identité du dénonciateur peut être révélée si cette personne y consent par écrit ou si des poursuites judiciaires sont intentées. En Alberta, l'identité d'un dénonciateur ne peut être révélée que sur le consentement du Ministre de la Famille et des Services sociaux. En Colombie-Britannique, la loi garantit la protection de l'identité du dénonciateur, à moins que le Surintendant la juge nécessaire pour assurer la sécurité ou le bien-être d'un enfant ou qu'une action en justice est intentée et exige que l'identité soit révélée. Ailleurs au Canada, les services de protection de l'enfance ont généralement comme politique de ne pas divulguer l'identité des dénonciateurs aux personnes faisant l'objet d'enquêtes pour des actes présumés de violence, même si la loi ne défend pas explicitement de divulguer l'identité du dénonciateur d'un cas d'enfant victime de violence, et certains services choisiront de divulguer le nom de cette source au parent.

En Angleterre, un jugement rendu en 1977 par la Chambre des lords⁽¹¹¹⁾ statuait que les services de protection de l'enfance ne peuvent être contraints de dévoiler l'identité d'une personne qui signale le cas d'un enfant victime de violence. Le jugement portait sur une affaire de violence dont l'enquête a démontré qu'elle était non fondée. Troublé, le parent désirait poursuivre en diffamation la personne qui avait signalé le cas. La Chambre des lords a rappelé que, même si aucune loi n'est explicite à ce sujet, il serait contraire à «l'intérêt public» de divulguer l'identité de cette personne. Ce raisonnement, propre à la common law, devrait s'appliquer également au Canada, dans la mesure au moins où il n'est pas modifié par la loi. Les juges canadiens ont refusé d'accorder aux plaideurs l'autorisation d'obtenir, en consultant les dossiers de l'agence de protection de l'enfance, l'identité d'un dénonciateur relativement à des cas où l'agence a cherché à protéger l'identité de ce dénonciateur^(112,113).

Les dispositions et politiques législatives peuvent accorder une certaine protection de l'identité des dénonciateurs, surtout lorsqu'il s'agit de voisins, mais, dans beaucoup de cas, le parent est souvent en mesure d'identifier lui-même le dénonciateur à partir des faits en cause. C'est ce qui arrive notamment si l'enfant est plus âgé et s'est confié à quelqu'un, à un médecin par exemple; il pourrait lui-même dévoiler l'identité du dénonciateur à ses parents.

À Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick et au Manitoba, la loi sur le signalement considère comme une infraction le fait qu'une personne, un parent notamment, gêne ou harcèle un dénonciateur.

3.4 Signalement de bonne foi et immunité

L'un des éléments majeurs des lois provinciales et territoriales sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence est l'immunité contre toute action au civil accordée aux personnes qui dénoncent ces cas. Presque partout au Canada, cette protection est garantie dans la mesure où le signalement n'est pas fait dans l'intention de nuire et sans motifs raisonnables. Ces dispositions visent à promouvoir le signalement de tout soupçon, fondé sur un motif raisonnable, d'actes de violence perpétrés à

l'endroit d'un enfant et laissent aux services de protection de l'enfance le soin d'en déterminer la véracité.

Les lois en vigueur dans la plupart des provinces et territoires protègent les personnes ayant dénoncé des cas non fondés de toute «action» pouvant être intentée contre elles. Un parent faussement accusé d'avoir commis des actes de violence à l'endroit d'un enfant peut intenter une action au civil, par exemple, en dommages-intérêts pour diffamation (libelle diffamatoire, sous forme d'écrits, et diffamation verbale, transmise oralement) et souffrances mentales subies. Il est entendu que le terme «action» comprend toute sanction disciplinaire ⁽¹⁰⁴⁾ à l'endroit, par exemple, d'un policier ou de tout autre professionnel qui dénonce un cas de violence¹⁶.

Il n'existe pas d'arrêts rapportés au Canada faisant état d'un parent qui a réussi à intenter une action contre un professionnel ou une autre personne pour l'avoir injustement accusé de violence ou de négligence auprès d'un service de protection de l'enfance.

Aux États-Unis, où les actions au civil sont plus fréquentes qu'au Canada, un nombre considérable de poursuites ont été intentées par des parents contre des personnes ayant dénoncé des cas présumés de violence qui se sont finalement révélés non fondés. Ces personnes ont en général été acquittées par les tribunaux américains, qui se sont reportés aux dispositions des lois sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence où il est question d'immunité pour signalement de bonne foi. Afin de promouvoir le signalement de tels cas, les tribunaux américains interprètent plus largement les motifs raisonnables du signalement. Les professionnels ou para-professionnels qui n'agissent pas dans l'intention de nuire seront passibles d'une action au civil que s'ils ont fait

preuve de négligence outrageuse ou fait des remarques irréfléchies et inutiles. Une personne faisant preuve de bonne foi en dénonçant le cas d'un enfant victime de violence sera en général protégée par les dispositions législatives, même si la plainte doit par la suite se révéler non fondée¹⁷.

Les lois sur le signalement accordent l'immunité seulement lorsque le signalement des cas présumés de violence ou de négligence envers les enfants est fait de bonne foi auprès des services de protection de l'enfance (et de la police à certains endroits). Toute communication sur des cas présumés de violence hors du champ d'application de la loi ne bénéficie pas de l'immunité judiciaire. Par exemple, si un médecin songe à dénoncer un cas et en discute avec un collègue avant de signaler le cas au service de protection de l'enfance, son entretien n'est en principe pas protégé par la loi sur le signalement. Toutefois, les tribunaux ont dégagé la doctrine de «l'immunité relative», qui protège la divulgation d'informations lors de communications convenables par des personnes qui sont convaincues du bien-fondé d'une allégation de violence ou qui discutent de cette allégation avec un intérêt légitime.

Dans une affaire jugée en Colombie-Britannique⁽¹²⁰⁾, deux soeurs ont révélé à un thérapeute qu'elles croyaient avoir été agressées sexuellement par leur père durant leur enfance et qu'elles avaient fait part de leurs allégations à leur mère plus tard. Le père a alors intenté une action en diffamation contre ses filles, prétendant que leur plainte n'était pas fondée. Le juge Dorgan, de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, a déclaré que le père, à moins de prouver que ses filles avaient formulé de telles allégations dans l'intention de nuire, ne pouvait

¹⁶ Au Québec, la *Loi sur la protection de la jeunesse*⁽⁹³⁾, a.43, dans sa version anglaise, utilise le terme «prosecuted» pour expliquer que nul ne peut être poursuivi en justice pour avoir dénoncé un cas de bonne foi, terme qui semble se limiter à l'immunité qu'accorde la loi provinciale contre toute poursuite. Cependant, si on tient compte du contexte et de la version française de cette loi, qui utilise «poursuivre en justice», l'expression semblerait vouloir dire que l'immunité est accordée contre toute action au civil.

¹⁷ Dans les affaires suivantes, le juge a préféré recourir à une interprétation «extensive et libérale» des dispositions relativement à l'immunité afin de restreindre la portée d'une éventuelle responsabilité : *Sullivan c. Eastchester Union Free School District*⁽¹¹⁴⁾, *Voepel c. Cardinal Glennon Hospital*⁽¹¹⁵⁾, *Gross c. Myers*⁽¹¹⁶⁾, *Satler c. Larsen*⁽¹¹⁷⁾ et *F.A. c. W.J.F.*⁽¹¹⁸⁾.

Dans l'affaire *Austin c. French* (jugement non publié rendu en Virginie en 1980), à laquelle fait référence D. Besharov⁽¹¹⁹⁾, la cour a rappelé qu'une affaire pouvait être instruite si des parents poursuivaient un médecin pour signalement négligent et fait dans l'intention de nuire. La cour semblait être d'avis que le médecin pouvait être tenu responsable seulement s'il avait fait preuve de négligence outrageuse ou fait des remarques inutiles, irréfléchies et diffamatoires.

avoir gain de cause même si les allégations se révélaient fausses. Le juge s'est appuyé sur la doctrine de l'immunité relative et a rejeté la poursuite. Son argument fut le suivant :

Si la loi n'acceptait pas que des communications de cette nature soient confidentielles, les membres d'une famille pour qui la protection serait essentielle n'en bénéficieraient que de très peu. Je considère que les accusées, croyant toutes deux que leur père les avaient agressées lorsqu'elles étaient enfants, ont fait ce qu'elle devaient faire en se confiant à leur mère et en sollicitant son appui et ses conseils. Elles ont également agi comme il se devait en tentant d'obtenir une aide professionnelle.

Le juge a poursuivi en rejetant toute réclamation possible pour cause d'intention de nuire.

Bien que le plaignant [père] croie sincèrement que les allégations avancées par ses filles font partie d'un quelconque plan malveillant visant à lui porter préjudice et que cette thérapie qui ne fait que remémorer de vieux souvenirs d'enfance est plutôt douteuse, cela ne suffit pas à prouver que les accusées ont agi dans l'intention de nuire à moins que d'autres preuves viennent corroborer cette attitude.

La conduite des accusées [soeurs] est exactement celle qu'adoptent les personnes qui croient sincèrement et honnêtement avoir été victimes de violence dans leur enfance. Leurs communications, sous réserve de l'immunité relative, sont à l'image de celles des personnes désireuses d'obtenir une aide psychologique et de suivre une thérapie afin de surmonter les problèmes affectifs résultant de ce qui selon elles est arrivé. Je ne conçois pas comment les accusées arriveraient à fournir une preuve... qui viendrait appuyer la réclamation du plaignant fondée sur l'intention de nuire.

Cette affaire fait contraste avec un jugement rendu en Saskatchewan dans l'affaire *R.G. c. Christison*⁽¹²¹⁾, où des parents se disputaient avec acrimonie la garde de leurs enfants. La mère avait à maintes reprises avancé des allégations d'agressions sexuelles contre le père des enfants et sa nouvelle conjointe (les deux étant médecins). Ayant fait l'objet d'une enquête auprès des

services de protection de l'enfance et de la police, les allégations s'étaient révélées non fondées. Toutefois, l'avocate de la mère a continué à appuyer sa réclamation, bien que d'autres experts et assesseurs l'aient rejetée. Même après que les services de protection de l'enfance, la police et les tribunaux eurent rejeté ses allégations, la mère en a fait part à divers professionnels, dont les enseignants des enfants, et leur a remis un rapport produit par son avocate venant appuyer ses dires sans leur révéler que ses allégations avaient fait l'objet d'une enquête et avaient été rejetées.

Le père et sa nouvelle conjointe ont poursuivi la mère et son avocate pour diffamation et souffrances mentales subies. La cour a soutenu que la distribution du rapport à des membres de la collectivité n'était pas protégée par la loi. Le juge a accepté qu'un parent puisse bénéficier d'une «immunité relative» qui autorise le signalement de «bonne foi» d'informations *véridiques* sur de possibles agressions à des professionnels oeuvrant auprès des enfants. Mais dans ce cas-ci, la cour a jugé que la mère avait eu une conduite malveillante étant donné qu'au moment de distribuer les rapports, elle savait que la plainte dont ils faisaient état avait été examinée et jugée non fondée. La cour a par contre exprimé une certaine compassion à l'égard de la situation de la mère et n'a pas cherché à la placer dans une situation financière précaire étant donné qu'elle avait obtenu un droit de garde partagé et un droit de visite généraux; la mère a donc été condamnée à ne payer que 1 000 \$ en dommages exemplaires. Cependant, l'avocate n'a pu bénéficier de la même compassion. En effet, la cour, ayant démontré qu'elle avait fait preuve de négligence dans la façon dont elle avait évalué le cas, rédigé son rapport et s'était identifiée qu'à un seul parent, a été condamnée à payer des dommages de 15 000 \$. La mère et son avocate ont été tenues responsables conjointement et condamnées à payer 27 000 \$ pour atteinte à la réputation et diverses dépenses encourues par les plaignants.

Au Yukon et en Colombie-Britannique, ceux qui dénoncent sciemment et non de bonne foi des cas non fondés de violence sont passibles de poursuites en vertu des lois provinciales sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence, qui considèrent comme une infraction toute fausse accusation faite sciemment ou dans l'intention de nuire. Partout au Canada, toute

personne portant sciemment de fausses accusations contre une autre personne dans l'intention de la harceler peut également être accusée de méfait en vertu du *Code criminel*.

3.5 Responsabilité civile pour le non-signalement

En plus d'être passibles de poursuites en vertu des lois provinciales sur le signalement pour non-signalement des cas de violence, les personnes qui, bien qu'ayant des motifs raisonnables de le faire, omettent de signaler les cas présumés de violence peuvent être poursuivies par l'enfant (ou par le représentant de l'enfant) pour dommages pécuniaires. Bien qu'en théorie, toute personne peut être poursuivie si, par négligence, elle ne s'acquitte pas de son obligation légale de signaler les cas de violence ou de négligence, ce sont en pratique les professionnels, surtout les professionnels de la santé, qui sont poursuivis. La raison est que ces professionnels sont souvent les mieux placés pour reconnaître et dénoncer ces cas et tout manquement à leur devoir peut entraîner des conséquences graves. Ces professionnels (ou leurs assureurs) sont également plus en mesure de satisfaire à tout jugement que les personnes qui ne sont pas assurées.

Depuis deux décennies, les tribunaux américains considèrent qu'un professionnel qui omet de dénoncer tout cas présumé de violence qui, normalement, aurait dû être détecté et dénoncé (par un professionnel possédant les compétences de cette personne) peut être tenu responsable vis-à-vis de l'enfant¹⁸. Ce non-signalement expose l'enfant à d'autres sévices et, advenant de tels sévices, la personne qui a omis de dénoncer la situation peut être tenue responsable de ces sévices, même s'ils ont été commis par une autre personne. L'agresseur peut aussi être tenu responsable, mais, étant donné qu'il est, la plupart du temps, insolvable, c'est la personne n'ayant pas satisfait à son devoir (ou son assureur) qui devra assumer l'entière responsabilité financière.

Cette théorie a été soulevée pour la première fois au Canada lors d'un jugement rendu en Alberta en 1997 à l'endroit d'un radiologiste tenu des

dommages-intérêts pour les lésions cérébrales qu'un père avait infligées à sa fillette de trois mois⁽¹²⁵⁾. Le bébé, en proie à une léthargie, à des pleurs et à une apathie, avait été amené à l'hôpital par ses parents. Le médecin, ayant procédé à une radiographie de son crâne, diagnostiqua un hématome sous-dural bilatéral révélant la présence du syndrome du bébé secoué. Le radiologiste n'a pas montré les résultats de la radiographie au médecin traitant. L'état du bébé s'étant amélioré, on le retourna chez lui quelques jours plus tard. Quatre jours après être sortie de l'hôpital, la fillette y fut admise de nouveau pour de graves lésions cérébrales entraînant chez elle un profond handicap et réduisant considérablement son espérance de vie. C'est à ce moment que l'on avisa les services de protection de l'enfance et la police. Bien que la cour, dans le cadre d'une action au civil, ait démontré que le père avait causé ces blessures en malmenant l'enfant, le père n'a jamais été inculpé par la police.

Après avoir entendu le témoignage d'experts, la cour a déduit que le radiologiste avait fait preuve de négligence en ne signalant pas, au moment du premier examen radiologique, que l'enfant avait *probablement* été victime du «syndrome du bébé secoué». La cour a admis que, même si le médecin avait signalé le cas aux services de protection de l'enfance, l'enfant *aurait pu* éventuellement être remis à ses parents et subir les mêmes blessures. Par conséquent, bien que les dommages aient été évalués à plus de 300 000 \$ au total, le radiologiste a été condamné à n'en payer que la moitié, cette réduction de peine ayant été accordée en raison du fait que la cour n'ait pas réussi à démontrer le lien de causalité entre le manquement du médecin et le préjudice subi.

3.6 Sanctions disciplinaires pour le non-signalement

En plus d'être passibles de poursuites judiciaires ou de poursuites en responsabilité civile pour non-signalement de cas de violence ou de négligence, les professionnels peuvent se voir imposer

¹⁸ Voir l'affaire *Landeross c. Flood*⁽¹²²⁾, où la cour a soulevé la théorie selon laquelle le médecin est responsable du non-signalement des cas de violence; l'affaire *O Keefe c. Osorio*⁽¹²³⁾, au terme de laquelle le jury a condamné un médecin à payer 186 851 \$ parce qu'il avait fait preuve de négligence en ne signalant pas le cas d'un enfant d'un an victime de violence physique, croyant que le parent recevait les soins psychiatriques nécessaires; et les ouvrages de Brown et Truitt⁽¹²⁴⁾ et de Bailey⁽⁸⁵⁾.

des sanctions disciplinaires par leur association professionnelle respective. En théorie, ce sont les professionnels, comme les enseignants, les policiers et les psychologues, qui peuvent faire l'objet de telles sanctions, mais, en pratique, ce sont surtout les professionnels de la santé, notamment les médecins, qui sont les plus concernés par ce type de sanction.

Au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, les lois sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence sont explicites au sujet du signalement d'un professionnel ayant manqué à son devoir par les services de protection de l'enfance aux associations professionnelles. Elles se montrent toutefois discrètes à savoir si le professionnel doit être dénoncé, mais, le cas échéant, le comité de déontologie se devra de mener une enquête.

Bien que les lois sur le signalement des cas d'enfants victimes de violence ne disent pas avec précision si un professionnel peut être sanctionné pour non-signalement, ces conséquences demeurent toutefois probables. Une affaire jugée en Ontario fait état de deux médecins qui, malgré la recommandation des infirmières, ont choisi de ne pas signaler un cas présumé de violence sexuelle envers un enfant aux services de protection de l'enfance⁽⁹⁵⁾. Ils ont été reconnus coupables de non-signalement d'un cas de violence en vertu des lois provinciales sur la protection de l'enfance et condamnés à payer chacun une amende de 400 \$. Par la suite, chaque médecin a été accusé de «faute professionnelle» par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario⁽¹²⁶⁾ et, après avoir été reconnu coupable par le comité de discipline, a été suspendu de ses fonctions pour une durée d'un mois, sanction qui, sur le plan financier et professionnel, a des conséquences beaucoup plus graves qu'une amende. En imposant cette sanction, le comité a déclaré :

Il est à souhaiter que cette affaire, mettant en cause deux médecins qui, mis à part leur écart de conduite, sont consciencieux, compétents et empathiques, servira à rappeler à tous les autres membres de la profession qu'ils doivent demeurer vigilants et intervenir lorsqu'ils ont des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant subit de mauvais traitements. De plus, il incombe à tous les médecins de bien connaître la loi ainsi que les attentes de la société.

3.7 Registres des cas d'enfants maltraités

Certaines provinces canadiennes tiennent des registres législatifs des cas d'enfants maltraités. Les services de protection de l'enfance de ces provinces ont l'obligation de signaler les cas de violence au registre centralisé, dont la mission est de retracer et dépister les cas d'enfants victimes de violence et de fournir des renseignements aux fins de recherche. Les instigateurs de ces registres sont aussi d'avis qu'en inscrivant le nom d'un agresseur dans un registre, il est possible d'éviter des récidives, ce qui est particulièrement important si aucune poursuite criminelle n'est intentée.

Prêtant à la controverse, le Registre de l'enfance maltraitée de l'Ontario fait actuellement l'objet d'une révision⁽¹²⁷⁾. Actuellement, toute personne dont le nom figure au registre peut être reconnue comme un agresseur s'il existe une «preuve crédible» que des actes de violence ont bel et bien été commis⁽¹²⁸⁾. En termes pratiques, cela signifie que le fait qu'un travailleur à la protection de l'enfance a de fortes raisons de croire que des actes de violence ont réellement été commis suffit à justifier l'inscription du nom de l'agresseur dans le registre, même s'il n'existe aucune preuve légale qu'il y a eu violence. Cependant, il est du droit du présumé agresseur d'obtenir une audience judiciaire au cours de laquelle le travailleur doit établir la «preuve crédible» des actes reprochés. De plus, l'accès au registre de l'Ontario est limité et, dans la plupart des cas, réservé seulement au personnel des services de protection de l'enfance ainsi qu'aux chercheurs. Le registre de l'Ontario ne peut servir à des fins de dépistage.

Contrairement à l'Ontario, les lois de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba stipulent que l'inscription d'un nom dans le registre des cas d'enfants maltraités nécessite l'établissement de la prépondérance des probabilités, degré de preuve requis en matière civile. Ces lois accordent aux personnes dont le nom est inscrit dans les registres la possibilité de faire l'objet d'un examen et de se pourvoir devant la cour. Toutefois, les registres de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba sont accessibles à un auditoire beaucoup plus vaste et permettent le dépistage de personnes à la recherche d'un emploi rémunéré ou bénévole auprès des enfants.

Certaines provinces, par contre, ne disposent pas de registres législatifs des cas d'enfants maltraités. L'Alberta, par exemple, est dotée d'une base de données centrale informatisée regroupant tous les cas soumis aux services de protection de l'enfance de la province. Celle-ci peut servir à retracer les

enfants dont les parents peuvent se déplacer d'une région à l'autre de la province. Au Québec, la *Loi sur la protection de la jeunesse*, article 27, est également en faveur de la constitution d'un fichier confidentiel regroupant tous les cas dans la province.

4.0 Signalement et classification dans divers établissements hospitaliers des cas d'enfants victimes de violence

4.1 Introduction

Devant les problèmes que soulèvent le dépistage et le signalement des cas présumés de violence envers les enfants, examinés plus en détail dans le chapitre 2.0 du présent rapport, et les dispositions législatives provinciales et territoriales (à l'exception de celles du Yukon) relatives au signalement obligatoire de tous les cas présumés, une étude a été conçue afin de recueillir des données préliminaires auprès de divers hôpitaux canadiens ayant mis sur pied des programmes de prévention de la violence envers les enfants. Les responsables de l'étude se sont servis d'un questionnaire visant à promouvoir le signalement fondé sur des faits précis et à améliorer l'efficacité des interventions auprès des jeunes victimes d'agressions comme il en a été question précédemment dans le présent rapport. Ainsi espéraient-ils que les données recueillies directement auprès des personnes pour qui le signalement des cas d'enfants victimes de violence fait partie du quotidien serviraient à vérifier et classer certains faits, ainsi qu'à formuler des recommandations en prévision de nouvelles initiatives. Huit établissements ont donc été sélectionnés au Canada, où des personnes-ressources ont été interrogées, soit par téléphone ou en personne, selon un protocole d'entretien (voir l'annexe B).

Le présent chapitre présente un bref aperçu des données obtenues par l'interviewer sur chacun des programmes. Divers points soulevés par les personnes interrogées sont résumés à la fin du chapitre.

Tous les établissements ont fait mention de l'existence de ressources consacrées au dépistage, au signalement et au traitement des enfants victimes de violence. Les établissements sélectionnés sont représentatifs de nombreux types d'organismes, qu'il s'agisse d'équipes multidisciplinaires regroupant plusieurs organismes, de centres hospitaliers ou d'une combinaison des deux. Bien que l'on ait attribué à l'équipe multidisciplinaire sur la violence envers les enfants certains avantages (voir paragraphe 2.5), aucun modèle ne s'est révélé jusqu'à présent plus efficace que d'autres. Le présent chapitre tient donc à présenter les méthodes dont se servent ces établissements pour

dépister, classer et signaler les cas d'enfants victimes de violence.

4.2 British Columbia Children's Hospital Child Protection Service Unit (Vancouver)

Le personnel de la Child Protection Service Unit du British Columbia Children's Hospital traite environ 700 patients par année, provenant pour la plupart de Vancouver et de la vallée du bas Fraser. Les cas traités sont complexes (soit en raison de la nature de l'agression ou du nombre d'agences concernées) et nécessitent des soins médicaux tertiaires. Les cas de maltraitance transmis par des sources extérieures ont déjà pour la plupart été signalés et examinés soit par le Ministry for Children and Families, soit par la police.

Le programme comporte 14 membres du personnel, dont 8 postes équivalents temps plein. Il est financé par le budget global de l'hôpital et par des sommes additionnelles accordées par le Ministry for Children and Families et l'Université de la Colombie-Britannique (permettant de payer les salaires des médecins).

La Child Protection Service Unit a pour mandat d'évaluer toutes les formes de violence et de négligence infligées aux enfants et de fournir un service de consultation à cet égard. Le processus d'évaluation est beaucoup axé sur l'expertise médicale, pédiatres et psychiatres occupant des fonctions bien précises au sein du service. Les médecins du service traitent les cas admis à l'hôpital lorsqu'ils sont de garde et travaillent aussi dans les services de consultations externes ouverts quatre jours par semaine. Le processus d'évaluation comporte un volet psychosocial assuré par un personnel possédant une formation pertinente en travail social et en psychologie. Un service de consultation est également offert aux médecins de la communauté relativement au dépistage des cas de maltraitance appartenant à la dite «zone d'incertitude» (comme la négligence psychologique et les cas devant être dénoncés). La Child

Protection Service Unit considère qu'il est nécessaire de consulter les travailleurs à la protection de l'enfance et les médecins de la communauté avant de recourir à ses services. Elle ne perçoit pas le dépistage et le signalement des cas d'enfants victimes de violence comme un rôle qui lui revient principalement.

En général, la Child Protection Service Unit ne prodiguera de traitements que s'il s'agit de cas extrêmement difficiles ou de cas nécessitant une intervention immédiate. Elle traite habituellement les jeunes enfants, 80 à 90 % environ des enfants victimes de violence physique et sexuelle étant âgés de moins de 10 ans. Le personnel du service travaille en collaboration avec des groupes régionaux sur la protection de l'enfance, qui, répartis dans toute la province, reçoivent également son appui. Leur travail consiste à examiner des cas de nature complexe et à établir des protocoles servant à la gestion de tels cas. La Child Protection Service Unit a ainsi conçu des protocoles particulièrement reliés aux cas de violence physique et sexuelle (voir l'annexe D), permettant d'obtenir une meilleure connaissance de ces cas et d'uniformiser les pratiques quant à leur traitement. Parmi ses priorités se situait également l'établissement de protocoles visant à aider les médecins à dépister les cas présentant moins de signes de violence apparente. On considérait que les protocoles s'adressant aux établissements de soins médicaux primaires devaient être simples et concis (comme c'est le cas par exemple d'un protocole visant à évaluer la présence suspecte de contusions ou de fractures).

La plupart des cas traités en 1997 par le personnel de la Child Protection Service Unit laissaient présumer que l'enfant avait été victime de violence sexuelle (52 %) et de violence physique (35 %). Selon le personnel du service, de plus en plus de cas complexes (comme les familles où plusieurs de ses membres sont victimes de violence et les cas de violence ou de négligence psychologique) lui sont soumis, les nouveaux cas provenant pour la plupart de sources hors des hôpitaux. Les médecins de la communauté (64 %) et les travailleurs à la protection de l'enfance (31 %) étaient les deux sources extérieures les plus fréquentes.

Un programme de formation est offert au personnel de divers secteurs de l'hôpital, dont les infirmiers et les infirmières, les étudiants en médecine et les résidents, par le biais de cours et

de stages au sein de la Child Protection Service Unit. Priorité est également donnée à la formation des médecins de la communauté pour ainsi améliorer le dépistage et le signalement de la violence envers les enfants. Actuellement, cette formation est offerte sous forme de cours dispensés dans le cadre de programmes d'enseignement médical permanent qui ne sont pas obligatoires.

En Colombie-Britannique, la législation en vigueur est adéquate selon les membres de la Child Protection Service Unit, qui jugent très favorables les définitions plus précises données récemment à des troubles comme la négligence médicale.

4.3 Alberta Children's Hospital Child Abuse Program (Calgary)

Le personnel de l'Alberta Children's Hospital a traité environ 650 patients en 1997 dans le cadre de son Child Abuse Program, la plupart provenant de la région de Calgary. Le programme emploie un personnel non médical de 12 postes équivalents temps plein. Financé par la Calgary Regional Health Authority et le budget de l'hôpital, il reçoit également l'appui du Calgary Rockyview Child and Family Services Board, par le biais d'un contrat de services, de même que du secteur privé. Les cas d'enfants traités proviennent pour la plupart de l'extérieur de l'hôpital (85 %), dont un grand nombre (40 %) proviennent de parents ou de tuteurs. Le programme est principalement axé sur la prestation de services de consultation à la communauté : environ 46 % des patients consultent par téléphone ou se rendent chez un professionnel. Bon nombre des consultations par téléphone se font auprès de médecins de la communauté relativement au dépistage et au signalement d'enfants maltraités, ainsi qu'aux critères de signalement et de référence concernant ces cas.

Le programme n'a pas été conçu expressément pour fournir des évaluations médicales de cas d'enfants victimes de violence. Toutefois, les médecins du service d'urgence, les services médico-sociaux pour enfants, les psychiatres et les gynécologues sont souvent consultés et travaillent en collaboration avec le personnel du programme à la gestion de cas individuels. Le personnel du programme s'occupe également de

la coordination de rendez-vous chez les médecins spécialistes. Le personnel infirmier et certains travailleurs sociaux associés au programme consacrent énormément de temps à l'accueil des enfants admis au programme, à leur fournir un service de consultation et à les diriger vers des spécialistes. Lorsque des cas urgents se présentent, le personnel les dirige d'abord vers le service des urgences ou le service des admissions, où ils rencontrent l'un des membres du personnel de garde rattaché au programme (personnel infirmier, psychologue ou travailleur social).

Le directeur du Child Abuse Program préside un comité de liaison interinstitutions chargé des problèmes «d'incompatibilité de systèmes» entre l'hôpital, les services sociaux, la police, les salles d'urgence et les soins intensifs. Actuellement, le fonctionnement du comité est différent de celui d'une équipe multidisciplinaire sur la protection de l'enfance.

Le personnel du Child Abuse Program de l'Alberta Children's Hospital a participé à l'élaboration des protocoles utilisés dans tous les hôpitaux de la région (voir l'annexe C). Ces protocoles ont pour principal avantage de regrouper des renseignements utiles en matière de dépistage, y compris notamment des définitions opérationnelles des diverses formes de violence et une ligne de conduite concernant le signalement des cas.

Au cours de la dernière année, le personnel du programme a traité en majeure partie des cas de violence sexuelle (47 %) et de violence physique (38 %).

La formation d'autres professionnels est un important volet du programme. Le personnel consacre environ 250 heures par année à des activités reliées à l'enseignement et à la formation. Le programme reconnaît également l'importance de former les médecins en matière de dépistage des cas d'enfants victimes de violence et de négligence. Le personnel reçoit d'ailleurs de nombreux appels de médecins de la communauté à ce sujet.

Les lois sur le signalement obligatoire des enfants victimes de violence ont, reconnaît-on, une influence positive sur la propension des médecins au signalement de ces cas. Comme l'a souligné un membre du personnel répondant fréquemment aux appels des médecins, le fait de rappeler aux médecins de dire à l'enfant et à ses parents que la loi les oblige à dénoncer de tels cas apaise souvent le sentiment de culpabilité et d'inquiétude

que beaucoup d'entre eux peuvent ressentir. La recherche est, depuis les dix dernières années, une activité permanente du programme; elle a d'ailleurs permis de constituer une base de données favorisant le suivi de l'épidémiologie de la violence envers les enfants et de l'évolution des traitements.

4.4 Winnipeg Children's Hospital Child Protection Centre

Le Child Protection Centre du Winnipeg Children's Hospital fournit une expertise médicale à environ 750 patients et assure également un suivi auprès d'eux. En 1998, 1 500 cas ont été traités par les psychologues, les travailleurs sociaux et les spécialistes de la vie de l'enfant du centre. Le centre dessert la province du Manitoba, ainsi qu'une partie des Territoires du Nord-Ouest et le nord-ouest de l'Ontario.

Le gouvernement provincial assure le financement du centre depuis 1982, lequel emploie 14 personnes (postes équivalents temps plein), dont des médecins.

Son mandat, de nature non statutaire, est le suivant :

- examen des enfants victimes de violence physique, de violence sexuelle et de négligence;
- intervention précoce auprès des familles où il y a violence;
- consultation auprès de professionnels et d'autres membres du grand public;
- éducation du public et des intervenants relevant de disciplines différentes;
- recherche (en médecine et autres domaines).

Le personnel médical du centre examine les patients à l'urgence, dans les établissements d'hospitalisation et dans deux services de consultations externes, la Child Protection Clinic (où l'on traite les enfants dont le problème a été défini plus clairement) et la Child Development Clinic (qui s'occupe des enfants dont le développement et le comportement semblent indiquer de la violence). Une évaluation psychosociale permet de bien définir les facteurs en cause, après quoi l'on élabore un programme de traitement à court terme. Par contre, le centre ne prodigue pas ces traitements. Cinq comités régionaux regroupant des médecins et d'autres professionnels du centre se

réunissent chaque semaine pour coordonner les évaluations à effectuer auprès de la victime et de sa famille sur le plan médical, légal et social, ainsi que le traitement à leur prodiguer.

Ces comités s'assurent également du respect des règles en matière de signalement et de l'acquiescement d'autres obligations. On estime que, grâce à l'apport de ces comités, le centre traite jusqu'à 95 % des enfants maltraités signalés dans la région desservie par l'hôpital. Le personnel du Child Protection Centre s'occupe d'appeler les médecins de la communauté pour s'assurer que ceux-ci s'acquittent bien de leur obligation envers ces enfants. Des protocoles sont utilisés pour dépister et classer toute forme de violence. Cependant, grâce au vaste mandat dont s'est doté le centre, le personnel peut compter sur la gestion et le suivi des cas relevant des comités sur la violence physique et sexuelle que forment des membres du personnel hospitalier et de la communauté.

Le personnel du centre a travaillé à l'élaboration de définitions plus précises du concept de violence en s'appuyant sur des comptes rendus de recherches relevant du domaine médical, légal et judiciaire. Par exemple, grâce à une meilleure connaissance des facteurs associés aux blessures physiques et à leur standardisation, d'autres médecins ont pu facilement reconnaître les cas de violence et ainsi les dénoncer (comme c'est le cas notamment des blessures associées au syndrome du bébé secoué). Par conséquent, le centre est appelé à traiter un nombre plus élevé de cas appartenant à la zone d'incertitude de la violence et de la négligence (p. ex., le syndrome de Munchausen par procuration et la négligence médicale), puisque les médecins de la communauté sont de plus en plus à l'aise et font preuve d'une plus grande compétence devant les cas courants.

Dans ses rapports annuels, le centre juge qu'il est primordial que les médecins connaissent et comprennent mieux les caractéristiques psychosociales et la dynamique des familles pouvant servir à dépister les cas d'enfants victimes de violence. Les services d'évaluation psychosociale du Child Protection Centre subissent une pression considérable. Une enquête sur les besoins menée en 1996 révèle également le besoin urgent de former les médecins en régions éloignées en matière de dépistage et de signalement des cas d'enfants victimes de violence.

Le Child Protection Centre traite toutes les formes de violence que peuvent subir les enfants et, comme c'est le cas dans d'autres centres, la violence sexuelle (45 %) et la violence physique (55%) sont les formes les plus souvent rencontrées. Les enfants sont pour la plupart dirigés vers le centre par un service de protection de l'enfance, mais une proportion de 10 % quand même s'y présentent directement.

La formation et l'éducation sont également parmi les principaux objectifs du centre. Elles sont indispensables à l'amélioration du dépistage, du signalement et du suivi des enfants maltraités dans la communauté. Les services de consultations externes accueillent régulièrement des étudiants en médecine et en droit. Nombreuses sont les activités éducatives utilisées pour former les professionnels et les groupes communautaires; en effet, de 500 à 700 heures y sont consacrées annuellement par le personnel du centre. Il a été jugé nécessaire également de mettre sur pied des programmes de formation formels à l'intention des médecins, touchant surtout au dépistage des formes de violence comme la négligence médicale. Le centre insiste sur l'utilité de mettre en place une sorte de «mécanisme de transmission» auquel les médecins ayant à dénoncer des cas présumés de violence pourraient avoir recours. Afin de promouvoir le dépistage et le signalement, le centre croit que le médecin devrait pouvoir s'appuyer sur un plan bien défini qui puisse lui indiquer comment procéder par la suite, à savoir quels sont les délais d'exécution, s'il y a d'autres demandes de renseignements, s'il est nécessaire d'obtenir des renseignements précis lors du signalement et si des commentaires ont été émis suivant l'enquête initiale.

4.5 Hospital for Sick Children Suspected Child Abuse and Neglect (SCAN) Program (Toronto)

Le personnel assigné au programme SCAN traite annuellement environ 700 cas de violence nécessitant des soins tertiaires, les uns provenant de l'agglomération torontoise, les autres issus de différentes régions de la province. Le programme emploie un personnel composé de trois travailleurs sociaux et de deux secrétaires à

plein temps, ainsi que de trois médecins à temps partiel.

Le programme a pour mandat de fournir un service de consultation multidisciplinaire, d'évaluation et de soutien en matière de traitement aux programmes mis en place par les hôpitaux et la communauté afin de traiter toutes les formes de violence envers les enfants. Le programme s'est doté d'un mandat et d'un processus d'entrée suffisamment vastes pour favoriser le dépistage et le signalement. Comme c'est le cas d'autres programmes, le personnel du SCAN offre aux médecins des services de consultation complets, abordant entre autres les problèmes reliés au dépistage et au signalement. Il accueille également les enfants qui se présentent directement accompagnés de leurs parents. En plus d'offrir des services de consultation aux hospitalisés et aux membres de la communauté, le personnel du programme accueille chaque semaine des patients dans trois services de consultations externes.

Le programme SCAN utilise, outre ses protocoles internes, des protocoles d'enquête qui ont été élaborés par le Toronto Child Abuse Centre ([416] 515-1100) et mis en place dans toute la ville. Les deux-tiers environ des enfants traités sont victimes de violence sexuelle, le dernier tiers regroupant des cas de violence physique et de négligence.

Le personnel du programme SCAN forme les résidents et les étudiants en médecine en matière de violence envers les enfants et organise également plus de 10 programmes d'enseignement médical permanent par année à l'intention des médecins de la communauté.

Le manque de connaissances chez les médecins praticiens des hôpitaux comme des services de santé communautaire est un problème actuel que seule la mise sur pied de programmes de formation plus formels peut résoudre. Outre leur besoin de formation en matière de dépistage et de signalement, les médecins doivent savoir comment exercer un suivi auprès de la victime et de sa famille. Ce suivi a d'ailleurs été considéré comme un élément important de l'information que reçoivent les médecins en retour, leur permettant de mieux connaître les caractéristiques psychosociales de la violence envers les enfants tout en favorisant à

long terme le dépistage précoce des cas apparents de violence.

4.6 Hamilton Health Sciences Corporation Child Advocacy and Assessment Program (CAAP)

Le Child Advocacy and Assessment Program de la Hamilton Health Sciences Corporation traite environ 200 enfants maltraités par année, en évaluant leur cas ou en leur fournissant un service de consultation. De plus, une centaine d'adolescents sont traités annuellement dans le cadre d'un programme conjoint pour adolescents pour lequel la violence envers les enfants est un problème qui requiert une attention immédiate. Le programme dessert la région centre-ouest de l'Ontario.

Le programme prévoit dans son budget six postes (cinq à temps partiel et un à plein temps) affectés aux soins infirmiers, au service social, à la vie de l'enfant et au soutien des programmes. De plus, six médecins, dont deux psychiatres et quatre pédiatres, travaillent au sein du programme à temps partiel. Des psychologues et des dermatologues par exemple offrent également des services de consultation. À l'origine, le programme était financé par les fonds recueillis par des téléthons, mais, aujourd'hui, c'est l'hôpital qui assure son financement par le biais d'un budget global consacré aux soins médicaux.

Le programme s'est donné comme mission de traiter toutes les formes de violence envers les enfants en fournissant des services de consultation en soins tertiaires, d'évaluation et de gestion à court terme. Le programme souscrit à la philosophie selon laquelle la violence envers les enfants est un problème qui relève de toute la communauté; c'est pourquoi il restreint son mandat en matière de dépistage et de signalement de première ligne, sauf dans le cas de patients hospitalisés qui ont reçu les soins immédiats des médecins associés au programme. Bien qu'il n'y ait aucune équipe assignée spécifiquement aux cas d'enfants victimes de violence, le personnel du programme peut compter sur un important mécanisme de consultation et de liaison auprès de la police et des services de

protection de l'enfance afin d'intervenir de façon ponctuelle.

Environ 60 % des enfants traités par le personnel du programme sont dirigés par la Société de l'aide à l'enfance, les autres recommandés en grande partie par les médecins de la communauté. Le programme se spécialise dans les cas complexes (comme le sont les familles dont plusieurs membres sont victimes de violence) qui nécessitent un traitement à long terme et une évaluation de spécialistes relevant de disciplines différentes avant de poser tout diagnostic.

Le personnel travaille actuellement à l'établissement de protocoles facilitant l'intervention auprès de tous les cas de violence traités en salle d'urgence. Les médecins associés au programme reçoivent de nombreuses demandes de renseignements concernant le signalement et le dépistage des cas de violence sexuelle mais peu concernant les cas de violence physique.

Le programme est fortement axé sur la recherche, particulièrement en matière d'épidémiologie de la violence envers les enfants. Environ le tiers des patients examinés par le personnel du Child Advocacy and Protection Program sont des victimes de violence sexuelle; un tiers sont des cas de violence physique et un tiers des cas de négligence.

Le programme accorde également beaucoup d'importance à la formation des médecins. Il vise surtout à améliorer les connaissances psychosociales des médecins, surtout en ce qui a trait à la dynamique de la violence, pour ainsi améliorer le taux de signalement. Pour ce faire, il suggère que tous les programmes de formation destinés aux résidents – surtout ceux qui oeuvrent auprès des enfants et des familles (p. ex., en pédiatrie, en médecine familiale, aux soins en salle d'urgence, en radiologie, en chirurgie, en neurochirurgie et en chirurgie orthopédique) – tiennent compte obligatoirement d'une rotation des résidents au sein du volet consacré à la violence envers les enfants. La formation des résidents est, dans le cadre du programme, une priorité. Les résidents en pédiatrie, par exemple, travaillent au moins deux mois au sein du programme et les résidents en psychiatrie infantile y consacrent souvent six mois.

La pénurie de ressources oeuvrant auprès des enfants maltraités et l'absence d'information faisant suite au signalement ont également été ciblés comme des facteurs déterminants du

non-signalement chez certains médecins. Outre le manque de connaissances des médecins, ce sont les principaux obstacles au dépistage et au signalement chez les médecins des cas apparents de violence.

4.7 Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario – Service de protection de l'enfant (Ottawa)

Le Service de protection de l'enfant traite les enfants de l'est de l'Ontario, de l'ouest du Québec et de la région de Baffin dans les Territoires du Nord-Ouest, dont les cas nécessitent une consultation en soins tertiaires et une évaluation. Parmi ces enfants, 500 environ font ensuite l'objet d'une enquête auprès des services de protection de l'enfance et l'équipe de l'hôpital assignée à la protection de l'enfance.

Le Service de protection de l'enfant comporte six volets :

- des politiques et procédures en matière de dépistage et de gestion des cas de violence;
- une structure composée (a) d'un comité exécutif sur la protection de l'enfance, qui établit les politiques et procédures et qui relève du comité consultatif médical, puis (b) d'une équipe assignée à la protection de l'enfance, chargée d'examiner tous les cas dont l'évaluation laisse supposer qu'il y eu violence;
- un personnel médical spécialisé et une équipe para-médicale;
- éducation du personnel hospitalier et de la communauté en matière de violence envers les enfants;
- promotion de la recherche sur la violence envers les enfants;
- promotion de l'élaboration de programmes de prévention de la violence et de services de traitement.

Le service dispose de trois travailleurs sociaux, d'un pédiatre et d'un personnel du soutien administratif. Il est financé à même les fonds du budget de l'hôpital et du budget de l'Université d'Ottawa (qui paie le salaire des médecins). De plus, il maintient des liens étroits avec d'autres services – comme la pédiatrie et la vie de l'enfant – au sein de l'hôpital auxquels il peut avoir recours lorsqu'il s'agit d'intervenir ponctuellement.

Le service compte sur l'appui d'une équipe assignée à la protection de l'enfance. Celle-ci examine les cas soumis préalablement à une enquête, en faisant parfois appel à la Société de l'aide à l'enfance et à la police, de même qu'au personnel hospitalier chargé d'évaluer le cas sur le plan médical et psychosocial. Cette équipe a pour fonction de fournir une opinion d'expert et d'aider à coordonner les cas. L'équipe a même conçu un mécanisme «d'urgence» pour les enfants constamment exposés à la violence. Après avoir examiné tous les cas, l'équipe rédige un rapport dans lequel elle pose un diagnostic.

Le service s'appuie sur des protocoles bien définis pour traiter tous les aspects reliés au dépistage des enfants à risque, des définitions précises du concept de violence et des lignes de conduite spécifiques concernant le signalement aux services de protection de l'enfance et à la police. Rapidement et facilement utilisables, ces protocoles sont intégrés au programme d'orientation que l'hôpital a conçu à l'intention du nouveau personnel (à l'exception des médecins). Le service accorde une place importante à la formation des étudiants et étudiantes qui auront à traiter des enfants maltraités au cours de leur carrière. Le service consulte également d'autres programmes au sujet du mécanisme d'urgence et des protocoles établis.

La majorité des patients traités par l'équipe se présentent au service d'urgence, mais il arrive que certains se présentent dans les salles ou se rendent dans les services de consultations externes (qui s'occupent également des cas de violence sexuelle survenus dans le passé). Environ 30 % de ces cas sont associés à la violence sexuelle, 17 % à la violence physique, 43 % sont exposés à la violence et 5 % sont des cas de négligence, le reste regroupant des cas non classifiés de préjudice au foetus ou de violence psychologique. Le nombre des victimes de violence physique chez les enfants a augmenté depuis 1989.

Le service a pris part à des projets de recherche et mis sur pied des initiatives afin de détecter la présence du syndrome du bébé secoué.

Le service a dressé la liste d'un certain nombre de tâches jugées primordiales :

1. Modifier la législation provinciale et le réseau de la protection de l'enfance afin de :
 - mieux définir la violence, la négligence et l'enfant à risque; les facteurs qui en sont associés doivent être précis (définir, par exemple, ce qu'est un comportement

dommageable sur le plan émotif, comme le rejet ou la cruauté);

- favoriser un partage plus efficace des informations reliées aux risques entre les services d'aide sociale à l'enfance et les professionnels;
 - faire en sorte que les professionnels et les non-professionnels puissent obtenir un compte rendu de suivi relativement aux cas présumés de violence qu'ils ont dénoncés;
 - déployer les ressources nécessaires à la protection des enfants.
2. Améliorer la formation professionnelle.
 3. Accroître la disponibilité du traitement des victimes de violence.

4.8 Hôpital de Montréal pour enfants Service des enfants maltraités

L'Hôpital de Montréal pour enfants offre deux types de services : un premier qui traite les enfants victimes de violence physique et de négligence et un second qui traite les enfants victimes de violence sexuelle. Médecins et travailleurs sociaux collaborent au sein de ces services même si aucune structure administrative n'est établie de façon formelle. Le service spécialisé dans les cas de violence sexuelle compte sur l'appui d'une équipe d'intervention chargée de traiter les cas urgents. Le personnel médical faisant partie de l'équipe oeuvre également au sein de services de consultations externes, où il évalue et traite les cas de violence sexuelle moins urgents. Des protocoles ont été établis pour gérer les cas de violence sexuelle se présentant à l'urgence.

L'hôpital ne dispose pas de service consacré exclusivement aux cas de violence physique et de négligence; toutefois, il offre à cet égard des services complets d'évaluation et de consultation par le biais d'une équipe assignée à la protection de l'enfance. Il n'y a pas de ressources disponibles à l'hôpital pour le traitement de ces cas, mais les travailleurs sociaux oeuvrant au sein de l'équipe offrent un service de consultation d'urgence.

L'équipe assignée à la protection de l'enfance est composée d'un pédiatre, qui est directeur du service des cas de violence physique et de négligence (et également médecin au service d'urgence), d'un pédiatre général, qui peut

fournir un suivi auprès du patient à l'extérieur de l'hôpital, d'un pédopsychiatre, d'un représentant des soins infirmiers, du directeur du service social, d'un travailleur social en milieu hospitalier lequel travaille régulièrement avec le représentant du service de pastoral, et d'un représentant du service de la protection de la jeunesse (agence de protection de l'enfance). L'équipe examine tous les cas de violence physique et de négligence traités à l'hôpital et intervient également dans le diagnostic de chaque cas par le biais de recommandations.

Des lignes de conduite ont été établies en ce qui a trait au signalement des cas de violence physique et de négligence, bien qu'il n'y ait aucun protocole officiel à cet égard. Une excellente communication s'est établie entre le personnel du service d'urgence, où se présentent les patients pour la plupart, et les travailleurs sociaux chargés de fournir un service de consultation d'urgence, lesquels peuvent informer et aider les médecins de l'urgence en matière de dépistage et de signalement. Le directeur du service est également disponible pour consultation médicale.

Le Service des enfants maltraités vient d'entreprendre une collecte de renseignements sur les cas de violence physique et de négligence, mais n'a pu, jusqu'ici, fournir de statistiques ni ventiler les données selon la forme de violence. Le service dispose d'une méthode lui permettant de cibler les cas où l'enfant est considéré à risque. Il a également mis sur pied des activités de formation à l'intention des étudiants en médecine, ainsi que des résidents en pédiatrie et au service d'urgence. Le service juge qu'il est primordial d'améliorer la formation des médecins de la communauté et de les informer davantage de leurs obligations quant au signalement obligatoire. Il accorde une place toute aussi importante à l'intégration d'un système formel de partage de l'information au sein des programmes de formation dispensés partout au Canada, puisqu'elle favoriserait, au sein du corps médical, l'élaboration de protocoles et la discussion de problèmes communs en matière de dépistage et de signalement.

4.9 Izaak Walton Killam Hospital for Children Équipe assignée à la protection de l'enfance (Halifax)

L'équipe assignée à la protection de l'enfance du Izaak Walton Killam Hospital for Children a été constituée afin d'assurer un service d'évaluation, de gestion et de traitement des cas d'enfants victimes de violence. Chaque année, elle accueille près de 460 (461 en 1997) enfants résidant dans les Maritimes, qui se présentent à l'hôpital suite à des allégations de violence physique, de violence sexuelle, de violence psychologique ou de négligence. L'équipe est composée de quatre personnes à plein temps, dont un médecin, et reçoit l'appui financier de l'hôpital et des universités.

En 1997, l'équipe a accueilli des patients provenant de Halifax et Dartmouth (39 %), du reste de la Nouvelle-Écosse (33 %) et d'autres provinces Maritimes (3 %). Certains lui ont également été recommandés par le service d'urgence de l'hôpital (18 %) et les programmes d'autres hôpitaux (7 %). L'équipe traite les enfants âgés de 16 ans et moins.

Le mandat de l'équipe assignée à la protection de l'enfance est vaste. Sa mission consiste à offrir aux présumées victimes de violence et de négligence, ainsi qu'à leur famille, une gamme complète de services : service de première ligne, service de consultation, service de représentation, éducation et recherche concertée. Ses fonctions de consultation consistent en grande partie à fournir une assistance immédiate dans tout ce qui touche aux soins, y compris le signalement des cas présumés de violence et de négligence. Les membres de l'équipe sont également chargés d'examiner et d'évaluer les cas d'un point de vue médico-légal si la validation de ceux-ci pose des problèmes ou si l'on doute de leur crédibilité. Un traitement à court ou à long terme est dispensé selon les besoins du patient. Enfin, l'équipe assignée à la protection de l'enfance offre un service de consultation des cas et coordonne, en collaboration avec les membres de la communauté, dont la police, les agences d'aide sociale à l'enfance, les organismes d'application de la loi et les médecins de la communauté, tous les éléments associés aux cas de violence envers les enfants.

L'hôpital a établi des protocoles favorisant le dépistage des enfants ayant besoin de protection, ainsi que des lignes de conduite facilitant les enquêtes et la collecte d'informations sur les cas de violence physique et sexuelle. L'équipe encourage les membres de la communauté à communiquer avec elle aussitôt que l'on soupçonne qu'un enfant est victime de violence pour qu'elle puisse ainsi recueillir des renseignements sur le cas et le dénoncer. Lorsque l'équipe est mise au courant, c'est souvent elle qui se charge de signaler le cas et d'en faire le suivi. De nombreux médecins de la communauté préfèrent cette façon de procéder, la considérant moins préjudiciable à la relation qu'ils entretiennent avec la famille.

La majorité des patients sont traités pour violence sexuelle (55 %) ou violence physique (30 %). La violence psychologique entraînant de la négligence et le défaut de procurer les soins essentiels sont diagnostiqués chez 15 % des jeunes patients.

Le programme forme les étudiants en médecine et les résidents qui souhaitent faire partie de l'équipe, ainsi que le personnel infirmier et les travailleurs sociaux. D'ailleurs, les membres de l'équipe donnent régulièrement des cours aux étudiants en médecine et les entretiennent aussi dans le cadre de l'enseignement médical permanent.

Les principaux problèmes ciblés par le programme sont la sous-déclaration causée par l'absence de formation en matière de violence dans les milieux ruraux, d'une part, et l'ignorance des facteurs psychosociaux pouvant avoir une incidence négative sur l'enfant et des indices de comportement psychosociaux de la violence envers les enfants, d'autre part.

4.10 Problèmes fréquents

La plupart des programmes accueillent entre 500 et 700 enfants par année. Ces enfants sont pour la majorité d'entre eux victimes de violence sexuelle, les autres de violence physique et de négligence. Comme il en a été question dans le chapitre 2.0 du présent rapport, tous les programmes enregistrent une hausse des cas de violence appartenant à la zone d'incertitude, comme la négligence psychologique, qui, en raison de critères diagnostiques mal définis, nécessitent souvent une évaluation approfondie avant de poser un

diagnostic précis ou de déterminer les risques auxquels l'enfant est exposé.

Les personnes interrogées ont soulevé certains problèmes concernant le dépistage, le signalement et la définition de la violence envers les enfants.

4.10.1 Problèmes concernant le dépistage

- Chez les médecins, on constate toujours une certaine hésitation devant le signalement d'un cas. Tous les facteurs qui ont été abordés dans l'analyse documentaire au chapitre 2.0 (comme les attitudes à l'égard des punitions corporelles, de la «bonne» façon d'éduquer les enfants et de la relation avec la famille) semblent avoir une influence considérable sur les seuils du dépistage.
- Les médecins n'ont pas la formation nécessaire pour questionner leurs patients (les enfants comme les parents) sur les facteurs psychosociaux (les indices de la violence surtout) et, par conséquent, peuvent avoir du mal à dépister les cas de violence.
- À cause du manque de formation en la matière, les médecins ne connaissent pas bien les différentes formes de violence qui sont difficilement reconnaissables en raison de l'absence d'indices physiques apparents, comme c'est le cas des formes de violence appartenant à la zone d'incertitude.
- Le barème d'honoraires des médecins de premier recours ne prévoit parfois pas la rémunération du temps qu'ils consacrent à interroger leurs patients suffisamment pour leur permettre de poser un diagnostic précis et ainsi dénoncer le cas.

4.10.2 Problèmes concernant les définitions

- Les définitions qui sont données à la violence envers les enfants et qui servent de fondement au signalement de certains cas ont une connotation souvent trop légale ou trop psychosociale pour que les médecins praticiens puissent les comprendre facilement.
- Les définitions, surtout celles que l'on donne à la négligence, ne sont pas claires; l'absence d'indices précis accompagnant ces définitions donne lieu à une interprétation personnelle des cas et, probablement, à leur non-signalement pour certains.

- Les médecins praticiens n'ont parfois pas accès facilement aux définitions qui sont données aux cas devant être dénoncés et doivent, par conséquent, s'adresser à une agence d'aide sociale à l'enfance ou à l'hôpital pour les obtenir avant d'entreprendre toute action.

4.10.3 Problèmes concernant le signalement

- Les médecins, surtout ceux qui exercent leur profession dans les régions éloignées (où la violence est souvent la plus répandue), ne sont parfois pas au courant des lois sur le signalement obligatoire.
- Les médecins ne savent parfois pas qu'ils ont l'obligation de dénoncer les cas présumés de violence ou de négligence sans qu'ils soient nécessairement accompagnés de signes apparents.
- Les médecins ne comprennent parfois pas très bien tout le mécanisme entourant le signalement; certains ne savent pas à qui s'adresser, que faire pour préserver l'anonymat, etc.
- Le manque d'information suivant le signalement d'un cas est également perçu par les médecins comme un problème important faisant d'ailleurs probablement obstacle au signalement de ce cas au départ.

5.0 Recommandations concernant le signalement et la classification chez les professionnels de la santé des cas d'enfants victimes de violence

À la lumière du présent rapport, des recommandations sont apportées à l'égard de certains secteurs en particulier. Résumées ci-dessous, elles touchent principalement les pratiques, les politiques et les lois, et la recherche.

5.1 Recommandations visant à modifier les pratiques, les politiques et les lois

Les recommandations relatives aux méthodes utilisées par les professionnels de la santé qui ont à traiter des enfants victimes de violence ou de mauvais traitements touchent trois secteurs : la formation, le soutien aux personnes ayant à poser des diagnostics cliniques et le recours à des programmes spéciaux. Ces recommandations se définissent plus précisément comme suit :

- Que des programmes complets de formation soient élaborés pour faciliter le dépistage, la classification, le signalement et le traitement de la violence envers les enfants et que ces programmes soient intégrés au programme éducatif obligatoire de toutes les écoles de médecine au Canada.
- Qu'un programme de formation sur place soit offert aux médecins oeuvrant auprès des enfants et de leur famille, ainsi qu'à tous les médecins praticiens.
- Que des protocoles soient élaborés dans tous les établissements de santé (p. ex., les hôpitaux, les cabinets privés, etc.) relativement au traitement de toute forme présumée de violence envers les enfants et que ces protocoles soient facilement accessibles à tous les médecins praticiens. (Voir à l'annexe C pour des exemples de protocoles.)
- Que les médecins chargés d'enquêter sur les facteurs psychosociaux et autres facteurs reliés à la violence envers les enfants puissent disposer d'outils leur permettant d'évaluer les risques.
- Que des services de consultation en matière de violence envers les enfants soient mis à la disposition des médecins, soit par des contacts directs (p. ex., une des personnes membres d'un groupe d'experts en matière de violence envers les enfants), soit par la mise

en service de numéros 1-800, surtout pour les médecins exerçant leur profession dans des régions plus éloignées, et que des équipes de spécialistes soient mises à la disposition de la communauté.

- Que des documents d'information sur la violence envers les enfants soient mis à la disposition des médecins et de leurs patients dans toutes les cliniques communautaires.
- Que les professionnels de la santé ayant souvent à signaler, aux services de protection de l'enfance, des cas d'enfants victimes de violence soient informés des raisons pour lesquelles ces cas ont été corroborés ou non.
- Que les provinces et les territoires revoient leurs lois relativement au signalement obligatoire des cas de violence envers les enfants et, qu'à cet égard, ils consultent les professionnels de la santé, surtout en ce qui a trait aux définitions données au concept. Que l'objet de leur étude porte notamment sur les périodes de restrictions, l'identification des professionnels qui, autorisés par la loi, seront responsables du signalement, la clarté des définitions et le besoin ou non d'inclure les cas d'agression extra-familiale.
- Que les médecins soient rémunérés convenablement pour le temps qu'ils devront consacrer en plus à l'évaluation des cas présumés de violence envers les enfants.
- Que des programmes spéciaux de protection de l'enfance soient établis au sein des hôpitaux si le nombre de cas et la dimension de la communauté le justifient. En plus de favoriser la mise sur pied de services spécialement axés sur les enfants victimes d'agressions, ces programmes pourraient faciliter le suivi de bon nombre des recommandations précédentes portant sur les pratiques.

5.2 Recommandations portant sur la recherche

Le présent rapport a permis de proposer les travaux de recherche suivants. Ils sont reliés au dépistage et au signalement des cas d'enfants victimes de violence, ont une portée considé-

nable sur le plan pratique et sont viables. En raison des lacunes dont fait preuve la recherche au Canada en matière de violence envers les enfants, comme le révèle ce rapport, on n'insistera jamais assez sur la nécessité de promouvoir davantage la surveillance et la recherche.

- Dans la documentation portant sur la violence envers les enfants, on a constaté la présence d'un certain nombre de barrières au signalement des cas de violence; on y propose également des stratégies visant à les supprimer. Une question d'ordre politique se pose : comment se servir de ces stratégies pour réussir à accroître les probabilités de signalement? La mise sur pied de projets bien conçus et bien coordonnés, s'appuyant sur un instrument d'évaluation efficace, pourrait permettre d'obtenir de précieux renseignements. À cet égard, il serait peut-être utile de concevoir des projets-pilotes visant à évaluer l'efficacité des protocoles, des équipes multidisciplinaires, des programmes de formation et ainsi de suite.
- Au Canada, la recherche, ne disposant pas de données suffisantes, ne permet pas d'évaluer l'impact que pourrait avoir l'adoption de lois obligeant à signaler les cas d'enfants victimes de sévices sur les services de protection de l'enfance. On recommande donc que soit menée une étude auprès des personnes responsables du signalement sur leurs mentalités vis-à-vis des agences de protection de l'enfance et les relations qu'elles ont jusqu'ici établies avec ces dernières. Une étude auprès du personnel de ces agences serait tout aussi utile.
- La classe sociale ou la race de l'enfant/du parent a-t-elle une influence sur les probabilités de signalement de l'agression?
- Quels sont les taux de corroboration? Diffèrent-ils selon le statut de la personne qui a signalé l'agression (p. ex., un médecin, une infirmière ou un infirmier de santé publique ou tout autre citoyen)?
- Pour obtenir des données qui soient à la fois nouvelles et pratiques, il est essentiel de s'appuyer sur de bonnes stratégies d'analyse. Notre étude nous a permis de constater le recours évident à des méthodes d'analyse pertinentes, qui se résument comme suit :
 - Un cas déclaré devient, suite à un diagnostic, corroboré ou non. Dans la réalité, toutefois, beaucoup plus nombreux sont les diagnostics que les cas corroborés ou non corroborés eux-mêmes. Une analyse pertinente devrait porter sur le nombre réels de diagnostics plutôt que sur un seul diagnostic dichotomique.
 - Les lois sur le signalement exigent que des professionnels soient autorisés à signaler tout cas suspect de violence exercée à l'endroit d'un enfant. Au cours des ans, le nombre de cas déclarés a rapidement augmenté. Un fait étrange caractérise toutefois les études menées aux États-Unis : les cas déclarés proviennent autant de sources autorisées que de sources non autorisées, fait qui se répète d'ailleurs d'une année à l'autre. Ce n'est pas ce que l'on prévoyait étant donné que, conformément à certaines lois sur le signalement, seuls les professionnels sont autorisés à signaler les cas d'enfants victimes de violence. Par conséquent, il serait normal de s'attendre à ce que le nombre de cas signalés par des professionnels autorisés augmente et que le nombre de cas signalés par des personnes non autorisées diminue. Ce n'est toutefois pas ce que laisse présager la tendance actuelle. Lorsque nous analysons les comportements en matière de signalement, nous devrions comparer les sources autorisées avec les sources non autorisées en utilisant toutes les principales variables.
 - Nous devrions comparer les cas diagnostiqués de violence envers un enfant avec les cas non diagnostiqués afin d'isoler les facteurs sur lesquels repose un diagnostic. L'information ainsi recueillie servirait à concevoir des outils diagnostiques. Nous devrions également envisager la mise sur pied d'une étude de suivi portant sur les deux catégories de cas.
 - Les cas corroborés et soumis par l'hôpital aux services de protection de l'enfance devraient faire l'objet d'une surveillance. C'est le cas notamment de ceux qui, en bout de ligne, sont mis de côté par ces services; ils devraient plutôt être examinés par rapport aux cas corroborés et pris en charge.

Annexe A

Extraits tirés des lois canadiennes obligeant à signaler les cas d'enfants victimes de sévices

ALBERTA LOI SUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE⁽⁸⁸⁾ (traduction non officielle)

Art. 3. Signalement obligatoire.

- (1) Toute personne croyant ou ayant des motifs raisonnables et probables de croire qu'un enfant a besoin de protection est tenue de signaler la situation sans délai à un directeur.
- (2) [*Renseignements confidentiels*]. – Le paragraphe (1) s'applique même si les renseignements sur lesquels est fondée cette impression sont confidentiels et même si leur divulgation est défendue en vertu de toute autre loi.
- (3) [*Secret professionnel de l'avocat*]. – Le présent article ne porte pas atteinte au secret professionnel qui lie l'avocat à son client.
- (4) [*Limitation de responsabilité*]. – Nul recours ne peut être exercé contre une personne qui, se conformant au présent article, signale une situation, sauf si cette personne a agi dans l'intention de nuire ou sans motif raisonnable et probable de signaler une telle situation.
- (5) [*Obligation du directeur*]. – Nonobstant et outre toute autre sanction prévue par la présente loi, un directeur qui a des motifs raisonnables et probables de croire qu'une personne a contrevenu au paragraphe (1) et que cette personne est tenue de respecter une loi réglementant l'exercice d'une profession ou d'une occupation prévue par cette loi, doit aviser l'organisation régissant la dite profession ou occupation du manquement de cette personne.
- (6) [*Infraction*]. – Toute personne qui contrevient au paragraphe (1) commet une infraction et est passible d'une amende n'excédant pas 2 000 \$, et, à défaut de paiement, à une peine d'emprisonnement n'excédant pas 6 mois.

a.91(4) Nonobstant le paragraphe (2), l'identité d'une personne qui, conformément à l'article 3 ou 4, signale une situation à un directeur ne doit pas être divulguée ou communiquée à quiconque sans le consentement écrit du Ministre. (1996, c. C-7.3, a. 23(14) b.)

COLOMBIE-BRITANNIQUE LOI SUR LES SERVICES À L'ENFANCE, À LA FAMILLE ET À LA COMMUNAUTÉ⁽¹²⁹⁾ (traduction non officielle)

Art. 14. Signalement obligatoire.

- (1) Toute personne qui a une raison de croire qu'un enfant
 - a) est ou risque d'être victime de sévices physiques, de violence ou d'exploitation sexuelle de la part d'un parent ou de toute autre personne, ou
 - b) a besoin de protection au sens de l'article 13(1) e) ou k)doit sans délai signaler la situation à un directeur ou à une personne nommée par un directeur.
- (2) Le paragraphe (1) s'applique même si les renseignements sur lesquels cette impression est fondée
 - a) sont privilégiés, sauf dans le cas du secret professionnel qui lie l'avocat à son client, ou
 - b) sont confidentiels et ne doivent pas être divulgués en vertu d'une autre loi.
- (3) Toute personne qui contrevient au paragraphe (1) commet une infraction.
- (4) Commet une infraction, toute personne qui transmet sciemment à un directeur ou une personne nommée par un directeur de faux renseignements laissant croire qu'un enfant a besoin de protection.

- (5) Aucune poursuite en dommages ne peut être intentée contre une personne qui transmet des renseignements conformément au présent article, sauf si cette personne a sciemment transmis de faux renseignements.
- (6) Toute personne qui commet une infraction au sens du présent article est passible d'une amende n'excédant pas 10 000 \$ ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas 6 mois, ou d'une amende ainsi que d'une peine d'emprisonnement.
- (7) La période de prescription d'une action prévue dans la *Offence Act* (*traduction non officielle : Loi sur les infractions*) ne s'applique pas à une action intentée à la suite d'une infraction commise au sens du présent article.

MANITOBA LOI SUR LES SERVICES À L'ENFANT ET LA FAMILLE⁽⁹⁰⁾

Art. 18. Communication obligatoire.

- (1) Sous réserve du paragraphe (1.1), la personne qui possède des renseignements qui la portent raisonnablement à croire qu'un enfant peut ou pourrait avoir besoin de protection conformément à l'article 17 communique sans délai ces renseignements à un office ou aux parents ou au tuteur de l'enfant. (1989, c. 3, a. 4.)
 - (1.1) *Communication à un office seulement.* – Le paragraphe (1) ne s'applique pas lorsque la personne visée à ce paragraphe, selon le cas :
 - a) ne connaît pas l'identité des parents ou du tuteur de l'enfant;
 - b) possède des renseignements qui la portent raisonnablement à croire que les parents ou le tuteur
 - (i) ou bien sont la cause du besoin de protection de l'enfant,
 - (ii) ou bien ne peuvent ou ne veulent pas assurer à l'enfant une protection convenable dans les circonstances;
 - c) possède des renseignements qui la portent raisonnablement à croire que l'enfant subit ou pourrait subir des mauvais traitements de la part d'un de ses parents, de son tuteur ou d'une personne qui prend soin de l'enfant ou qui en a la garde, la direction ou la charge.

Cette personne communique alors sans délai les renseignements qu'elle possède à un office. (1989, c.3, a. 4; 1996, c. 4, a. 3.)
- (2) *Obligation de communiquer les renseignements.* – Par dérogation aux dispositions de toute autre loi, le paragraphe (1) s'applique même si la personne a obtenu ces renseignements dans l'exercice de sa profession ou à titre confidentiel. Le présent paragraphe ne s'applique pas au secret professionnel des avocats. (1989, c. 3, a. 4; 1996, c. 4, a. 3.)

Art. 18.1. Protection des dénonciateurs.

- (1) Nul recours ne peut être exercé contre une personne qui, se conformant à l'article 18, communique de bonne foi des renseignements.
- (2) *Identité des dénonciateurs.* – Sauf dans la mesure requise dans le cadre de procédures judiciaires, il est interdit de divulguer à la famille d'un enfant qui aurait, selon les renseignements communiqués en application de l'article 18, besoin de protection, l'identité de la personne qui les a communiqués sans le consentement écrit de cette personne.
- (3) *Harcèlement du dénonciateur.* – Il est interdit de gêner ou de harceler la personne qui communique les renseignements visés à l'article 18. (1989, c. 3, a. 5.)

Art. 18.2. Omission de communiquer les renseignements.

- (1) Le Directeur peut, s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne est la cause du besoin de protection d'un enfant aux termes de l'article 17 ou a omis de communiquer les renseignements visés à l'article 18, dénoncer la personne à l'association professionnelle ou à l'organisme régulateur dont la personne est membre ou qui régit son statut professionnel.

- (2) *Obligation d'enquêter.* – L'organisme ou la personne qui reçoit le rapport que vise le paragraphe (1) :
- a) enquête sur l'affaire afin de décider si des procédures en révision de statut professionnel ou des procédures disciplinaires devraient être introduites contre la personne;
 - b) dès la fin de l'enquête et des procédures, avise le Directeur de la décision prise sous le régime de l'alinéa a), des motifs qui l'appuient et, s'il y a lieu, du résultat des procédures. (1989, c. 3, a. 5.)

Art. 18.3. Infractions. – Commet une infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité toute personne qui :

- a) par son acte ou son omission, est la cause du besoin de protection d'un enfant aux termes de l'article 17;
- b) omet de communiquer les renseignements exigés à l'article 18;
- c) divulgue l'identité de la personne qui a communiqué des renseignements contrairement au paragraphe 18.1(2);
- d) gêne ou harcèle la personne qui a communiqué des renseignements contrairement au paragraphe 18.1(3); (1989, c. 3, a. 5.)

NOUVEAU-BRUNSWICK LOI SUR LES SERVICES À LA FAMILLE⁽⁹¹⁾

Art. 30.

- (1) Toute personne qui possède des renseignements l'amenant à soupçonner qu'un enfant a été abandonné, victime de négligence matérielle, physique ou affective, ou de sévices ou atteintes sexuelles, ou maltraité de toute autre façon, doit en informer sur-le-champ le Ministre. (1997, c. 2, a. 4 a.)
- (2) Le présent article s'applique même si la personne a obtenu ces renseignements dans l'exercice de ses fonctions ou à titre confidentiel, mais le présent paragraphe ne saurait abroger le caractère confidentiel de la relation qui peut exister entre un avocat et son client. (1994, c. 7, a. 1.)
- (3) Commet une infraction, le professionnel qui, dans l'exercice de ses responsabilités professionnelles, recueille des renseignements qui devraient raisonnablement l'amener à soupçonner qu'un enfant a été abandonné, victime de négligence matérielle, physique ou affective, ou de sévices ou atteintes sexuelles, ou maltraité de toute autre façon, mais n'en n'informe pas le Ministre sur-le-champ. (1994, c. 7, a. 1.)
- (4) Lorsque le Ministre a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un professionnel a commis l'infraction prévue au paragraphe (3), il peut, sans égard à toute mesure qu'il peut prendre relativement à une poursuite, exiger que toute société, association ou autre organisation professionnelle autorisée en vertu des lois de la province à réglementer les activités professionnelles de cette personne, fasse effectuer une enquête sur cette question. (1994, c. 7, a. 1.)
- (5) Aucune action ne peut être intentée relativement à la fourniture de renseignements en vertu du présent article contre une personne qui s'y conforme de bonne foi. (1994, c. 7, a. 1.)
- (5.1) La personne qui, sciemment, donne de faux renseignements dans le cadre du présent article commet une infraction. (1995, c. 43, a. 1.)
- (6) Nul ne peut révéler, si ce n'est au cours d'une procédure judiciaire, l'identité d'une personne qui a donné des renseignements en vertu du présent article sans le consentement écrit de celle-ci. (1994, c. 7, a. 1.)
- (7) Toute personne qui contrevient au paragraphe (6) commet une infraction.
- (8) Dès que l'enquête entreprise par le Ministre à la suite des renseignements fournis par une personne est terminée, le Ministre peut en aviser la personne ayant fourni les renseignements, et doit informer
 - a) le parent;
 - b) toute personne identifiée lors de l'enquête comme négligeant ou maltraitant l'enfant; et
 - c) l'enfant, si le Ministre estime qu'il est capable de comprendre, de ses constatations et des conclusions qu'il a tirées de l'enquête.

- (8.1) Nonobstant le paragraphe (8), le Ministre ne doit pas informer une personne visée aux alinéas (8) a) à c) de ses constatations et des conclusions qu'il a tirées de l'enquête
- a) s'il estime que la fourniture de ces renseignements aurait pour effet de mettre le bien-être de l'enfant en danger,
 - b) s'il estime que la fourniture de ces renseignements pourrait gêner toute enquête criminelle sur la négligence ou les mauvais traitements dont l'enfant est victime, ou
 - c) si, dans le cas d'une personne identifiée lors d'une enquête comme négligeant ou maltraitant l'enfant, la personne n'a pas été contactée dans le cadre de l'enquête du Ministre. (1997, c. 2, a. 4 b.)
- (9) En dérogation à la *Loi sur la preuve*, une personne peut être tenue de témoigner au cours d'une procédure judiciaire intentée contre son conjoint en vertu de la présente loi pour mauvais traitements ou négligence à l'égard d'un enfant ou d'un adulte.
- (10) Aux fins du présent article, «professionnel» désigne un médecin, infirmier, dentiste ou autre professionnel de la santé ou de l'hygiène mentale, un administrateur d'un établissement hospitalier, directeur d'école, instituteur, professeur ou autre éducateur, administrateur en service social, travailleur social ou autre professionnel en service social, employé s'occupant d'enfants dans une garderie ou un établissement de soins aux enfants, agent de police ou d'exécution de la loi, psychologue, conseiller d'orientation, administrateur ou employé de services des loisirs, et s'entend également de toute autre personne dont l'emploi ou l'occupation comporte la responsabilité de s'occuper d'un enfant. (1992, c. 51, a. 11; 1994, c. 7, a. 1.)
(1992, c. 52, a. 11; 1994, c. 7, a.1; 1995, c. 43, a. 1; 1997, c. 2, a. 4.)

TERRE-NEUVE LOI SUR LA PROTECTION DE L ENFANCE⁽¹⁰⁹⁾ (traduction non officielle)

Art. 38. Signalement de la maltraitance.

- (1) Toute personne qui possède des renseignements l'amenant à croire qu'un enfant a été, est ou risque d'être abandonné ou victime de négligence, de violence physique, sexuelle ou psychologique et qui a eu, a ou risque autrement d'avoir besoin de protection, doit immédiatement signaler la situation au directeur, à un travailleur social ou à un agent de la paix.
- (2) [*Divulgation de tous les renseignements*]. – Toute personne signalant une situation en vertu du paragraphe (1) doit divulguer tous les renseignements qu'elle possède. (1992, c. 48, a. 5.)
- (3) [*Directeur ou travailleur social avisé*]. – Lorsqu'un agent de la paix est avisé de toute situation en vertu du paragraphe (1), il doit, aussitôt mis au courant de la situation, en informer le directeur ou un travailleur social.
- (4) [*Application*]. – Par dérogation aux dispositions de toute autre loi, le présent article s'applique à toute personne visée au paragraphe (5) qui, dans l'exercice de ses obligations professionnelles, a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant a été, est ou risque d'être abandonné ou victime de négligence, de violence physique, sexuelle ou psychologique et qui a eu, a ou risque autrement d'avoir besoin de protection.
- (5) [*Idem*]. – Le paragraphe (4) s'applique à quiconque exerce des fonctions professionnelles ou officielles en ce qui concerne un enfant, notamment :
- (a) un professionnel de la santé;
 - (b) un enseignant, un directeur d'école, un travailleur social, un conseiller familial, un membre du clergé, un rabbin, un exploitant ou un employé d'une garderie, un travailleur pour la jeunesse et les loisirs;
 - (c) un agent de la paix; et
 - (d) un avocat.
- (6) [*Recours exercé contre le dénonciateur*]. – Le présent article s'applique même si les renseignements déclarés sont confidentiels ou privilégiés et nul recours ne peut être exercé contre le dénonciateur sauf si ce dénonciateur a agi dans l'intention de nuire ou sans motif raisonnable.

- (7) [*Harcèlement du dénonciateur*]. – Il est interdit de gêner ou de harceler la personne qui divulgue les renseignements visés au présent article.
- (8) [*Infraction au présent article*]. – Toute personne qui contrevient au présent article commet une infraction et est passible d'une amende n'excédant pas 10 000 \$ ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas 6 mois, ou d'une amende ainsi que d'une peine d'emprisonnement.
- (9) [*Déposer une dénonciation ou une plainte*]. – Par dérogation aux dispositions de l'article 8 de la *Summary Proceedings Act* (traduction non officielle : *Loi sur les poursuites sommaires*), une dénonciation ou une plainte au sens du présent article peut être déposée dans les 3 années suivant le jour où l'infraction a été commise. (1992, c. 48, a. 5; 1992, c. 57, a. 1.)

NOUVELLE-ÉCOSSE LOI SUR LES SERVICES AUX ENFANTS ET AUX FAMILLES⁽⁹²⁾ (traduction non officielle)

Art. 23. [Signalement obligatoire].

- (1) Toute personne possédant des renseignements, qu'ils soient ou non confidentiels ou privilégiés, qui indiquent qu'un enfant a besoin de protection doit communiquer ces renseignements sans délai à un office.
- (2) [*Protection du dénonciateur*]. – Nul recours ne peut être exercé contre une personne qui, se conformant au paragraphe (1), communique des renseignements, sauf si cette personne communique de faux renseignements dans l'intention de nuire.
- (3) [*Contravention des dispositions du paragraphe (1)*]. – Toute personne qui contrevient au paragraphe (1) commet une infraction et, sur déclaration sommaire de culpabilité, est passible d'une amende n'excédant pas deux mille dollars ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas six mois, ou d'une amende ainsi que d'une peine d'emprisonnement.
- (4) [*Période de prescription*]. – Aucun recours ne peut être exercé aux termes du paragraphe (3) au-delà de deux ans suivant le jour où l'infraction a été commise. (1996, c. 10, a. 2.)
- (5) [*Renseignements faux communiqués dans l'intention de nuire*]. – Toute personne qui, dans l'intention de nuire, communique de faux renseignements à un office selon lesquels un enfant a besoin de protection commet une infraction et, sur déclaration sommaire de culpabilité, est passible d'une amende n'excédant pas deux mille dollars ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas six mois, ou d'une amende ainsi que d'une peine d'emprisonnement. (1996, c. 10, a. 2.)

Art. 24. [Mauvais traitements infligés par un parent ou un tuteur].

- (1) En vertu du présent article, l'expression «subir de mauvais traitements», lorsqu'elle fait référence à un enfant, désigne avoir besoin de protection aux termes de l'alinéa *a*), *c*), *e*), *f*), *h*), *i*) ou *j*) du paragraphe (2) de l'article 22.
- (2) [*Obligation des professionnels*]. – Par dérogation à toute autre loi, quiconque exerce des fonctions professionnelles ou officielles en ce qui concerne un enfant, notamment :
- (a) un professionnel de la santé, y compris un médecin, une infirmière ou un infirmier, un dentiste, un pharmacien ou un psychologue;
 - (b) un enseignant, un directeur d'école, un travailleur social, un conseiller familial, un membre du clergé, un exploitant ou un employé d'une garderie;
 - (c) un agent de la paix ou un médecin légiste;
 - (d) un directeur ou un employé d'un service d'aide à l'enfance;
 - (e) un travailleur pour la jeunesse et les loisirs,
- et qui, dans l'exercice des fonctions professionnelles et officielles de cette personne, a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant subit de mauvais traitements, risque d'en subir ou peut en avoir subis doit faire part de ses soupçons ainsi que des renseignements sur lesquels ils sont fondés à un office.
- (3) [*Renseignements confidentiels*]. – Le présent article s'applique peu importe si les renseignements communiqués sont confidentiels ou privilégiés.

- (4) [*Signalement obligatoire en vertu de l'article 23*]. – Le présent article ne porte pas atteinte au devoir d'une personne visée au paragraphe (2) de communiquer des renseignements en vertu de l'article 23.
- (5) [*Protection du dénonciateur*]. – Nul recours ne peut être exercé contre une personne qui, se conformant au paragraphe (2), communique des renseignements, sauf si cette personne communique de faux renseignements dans l'intention de nuire.
- (6) [*Contravention des dispositions du paragraphe (2)*]. – Toute personne qui contrevient au paragraphe (2) commet une infraction et, sur déclaration sommaire de culpabilité, est passible d'une amende n'excédant pas cinq mille dollars ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas un an, ou d'une amende ainsi que d'une peine d'emprisonnement.
- (7) [*Période de prescription*]. – Aucun recours ne peut être exercé aux termes du paragraphe (6) au-delà de deux ans suivant le jour où l'infraction a été commise. (1996, c. 10, a. 3.)
- (8) [*Faux renseignements communiqués dans l'intention de nuire*]. – Toute personne qui, dans l'intention de nuire, communique de faux renseignements à un office selon lesquels un enfant subit de mauvais traitements, risque d'en subir ou peut en avoir subis, commet une infraction et, sur déclaration sommaire de culpabilité, est passible d'une amende n'excédant pas deux mille dollars ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas six mois, ou d'une amende ainsi que d'une peine d'emprisonnement. (1996, c. 10, a. 3.)

Art. 25. [Mauvais traitements infligés par une personne autre qu'un parent ou un tuteur].

- (1) En vertu du présent article, l'expression «mauvais traitements infligés par une personne autre qu'un parent ou un tuteur» désigne qu'un enfant
 - a) subit des sévices physiques, infligés par une personne autre qu'un des parents ou que le tuteur de l'enfant ou occasionnés par l'absence de surveillance ou de protection adéquate de la part d'un des parents ou du tuteur de l'enfant;
 - b) est victime de violence sexuelle de la part d'une personne autre qu'un parent ou un tuteur ou de la part d'une autre personne se trouvant chez la personne qui, n'étant ni un parent ni un tuteur, a la charge de l'enfant et qui est ou devrait être au courant de l'existence d'actes sexuels à l'endroit de l'enfant mais ne le protège pas;
 - c) est victime de violence psychologique grave, exprimée par une anxiété grave, une dépression, un comportement de retrait ou un comportement auto-destructeur ou agressif, et causée intentionnellement par une personne autre qu'un parent ou un tuteur.
- (2) [*Signalement obligatoire*]. – Toute personne possédant des renseignements, qu'ils soient ou non confidentiels ou privilégiés, qui indiquent qu'un enfant subit de mauvais traitements, risque d'en subir ou peut en avoir subis de la part d'une personne autre qu'un parent ou un tuteur, doit communiquer ces renseignements sans délai à un office.
- (3) [*Contravention des dispositions du paragraphe (2)*]. – Toute personne qui contrevient au paragraphe (2) commet une infraction et, sur déclaration sommaire de culpabilité, est passible d'une amende n'excédant pas deux mille dollars ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas six mois, ou d'une amende ainsi que d'une peine d'emprisonnement.
- (4) [*Période de prescription*]. – Aucun recours ne peut être exercé aux termes du paragraphe (3) au-delà de deux ans suivant le jour où l'infraction a été commise. (1996, c. 10, a. 4.)
- (5) [*Protection du dénonciateur ayant fait preuve de bonne foi*]. – Nul recours ne peut être exercé contre une personne qui, se conformant au paragraphe (2), communique des renseignements, sauf si cette personne communique de faux renseignements dans l'intention de nuire.
- (6) [*Faux renseignements communiqués dans l'intention de nuire*]. – Toute personne qui, dans l'intention de nuire, communique de faux renseignements à un office selon lesquels un enfant subit de mauvais traitements, risque d'en subir ou peut en avoir subis de la part d'une personne autre qu'un parent ou un tuteur, commet une infraction et, sur déclaration sommaire de culpabilité, est passible d'une amende n'excédant pas deux mille dollars ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas six mois, ou d'une amende ainsi que d'une peine d'emprisonnement. (1996, c. 10, a. 4.)

ONTARIO LOI SUR LES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE⁽⁸⁹⁾

Art. 72. Définition.

- (1) Pour l'application du présent article et des articles 73, 74 et 75, l'expression «subir de mauvais traitements» s'entend de l'enfant qui a besoin de protection au sens de l'alinéa 37 (2) a), c), e), f) ou h).
- (2) *Devoir de déclarer le besoin de protection.* – La personne qui croit, en se fondant sur des motifs raisonnables, qu'un enfant a ou peut avoir besoin de protection le signale sans délai à la société et lui fait part des renseignements sur lesquels elle fonde cette impression.
- (3) *Idem : fonctions officielles.* – Malgré les dispositions de toute autre loi, la personne visée au paragraphe (4) qui, dans l'exercice de sa profession et de ses fonctions officielles, a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant subit de mauvais traitements, risque d'en subir ou peut en avoir subis, fait part sans délai à la société de ses soupçons ainsi que des renseignements sur lesquels ils sont fondés.
- (4) *Champ d'application du par. (3).* – Le paragraphe (3) s'applique à quiconque exerce des fonctions professionnelles ou officielles en ce qui concerne un enfant, notamment :
 - (a) un professionnel de la santé, y compris un médecin, une infirmière ou un infirmier, un dentiste, un pharmacien et un psychologue;
 - (b) un enseignant, un directeur d'école, un travailleur social, un conseiller familial, un prêtre, un rabbin, un ecclésiastique, un exploitant ou un employé d'une garderie et un travailleur pour la jeunesse et les loisirs;
 - (c) un agent de la paix et un coroner;
 - (d) un avocat;
 - (e) un fournisseur de services et son employé. (1993, c. 27, annexe.)
- (5) *Définition.* – Dans l'alinéa (4) b), le terme «travailleur pour la jeunesse et les loisirs» exclut un bénévole.
- (6) *Devoir de la société.* – La société qui reçoit des renseignements selon lesquels un enfant confié à ses soins et à sa garde subit de mauvais traitements, peut en subir ou peut en avoir subis, fait part sans délai de ces renseignements au directeur.
- (7) *Le présent article l'emporte.* – Le présent article s'applique même si les renseignements déclarés sont confidentiels ou privilégiés. Est irrecevable l'action intentée contre l'auteur du rapport qui agit conformément au paragraphe (2) ou (3), sauf s'il agit dans l'intention de nuire ou sans motif raisonnable de croire ou de soupçonner cet état de choses.
- (8) *Exception : secret professionnel de l'avocat.* – Le présent article ne porte pas atteinte au secret professionnel qui lie l'avocat à son client. (1993, c. 27, annexe.)

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD LOI SUR LES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE⁽¹³⁰⁾ (traduction non officielle)

Art. 14. Signalement obligatoire des cas d'enfants victimes de violence. –

- (1) Toute personne qui sait ou a un motif raisonnable et probable de soupçonner qu'un enfant a été abandonné ou est victime de violence, doit signaler ou demander que soit signalée la situation au directeur ou à un agent de la paix qui devra en informer le directeur et fournir à un travailleur social tout renseignement supplémentaire à mesure qu'il en sera informé ou qu'il obtiendra par lui-même.
- (2) *Enquête.* – Le directeur, aussitôt mis au courant d'une situation visée au paragraphe (1) ou ayant un motif raisonnable et probable de soupçonner qu'un enfant a par ailleurs besoin de protection, peut demander à ce qu'une enquête soit ouverte relativement à cette situation et, dans la mesure où ce sera nécessaire, devra fournir des services de protection afin de réduire ou de supprimer toute négligence ou violence exercée à l'endroit de l'enfant et demander une ordonnance en vertu de l'article 34.
- (3) *Protection de l'identité du dénonciateur.* – Nul ne peut dévoiler ou être contraint de dévoiler l'identité d'une personne qui a agi conformément au paragraphe (1).

- (4) *Responsabilité civile.* – Une personne qui signale une situation conformément au paragraphe (1) ou qui fait tout en son pouvoir pour faciliter toute enquête prévue au paragraphe (2) ne peut être passible d'une poursuite civile relativement à toute question se rapportant à la situation signalée ou à toute action entreprise de bonne foi afin de faciliter l'enquête.
- (5) *Secret professionnel de l'avocat.* – Le présent article ne saurait abroger le caractère confidentiel de la relation qui peut exister entre un avocat et son client.

QUÉBEC LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE⁽⁹³⁾

Art. 39. [Signalement obligatoire].

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 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 du paragraphe g 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, d, e, f ou h de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Les premier et deuxième alinéas s'appliquent même à ceux liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1. (1981, c. 2, a. 9; 1984, c. 4, a. 19; 1994, c. 35, a. 25.)

Art. 43. Immunité.

Une personne ne peut être poursuivie en justice pour des actes accomplis de bonne foi en vertu des articles 39 ou 42.

Art. 44. Divulgence d'identité.

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.

SASKATCHEWAN LOI SUR LES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE⁽¹³¹⁾ (traduction non officielle)

Art. 12. Devoir de faire rapport.

- (1) Sous réserve des paragraphes (2) et (3), toute personne qui a des motifs raisonnables de croire qu'un enfant a besoin de protection doit signaler la situation à un représentant officiel ou un agent de la paix.
- (2) Le paragraphe (1) s'applique même à ceux tenus de respecter le caractère confidentiel des renseignements déclarés ou ceux liés par le secret professionnel, sauf aux personnes liées par :
- a) le secret professionnel de l'avocat; ou
 - b) le secret de la Couronne.

- (3) Nul recours ne peut être exercé contre une personne qui a signalé une situation conformément au paragraphe (1), sauf si la Cour du Banc de la Reine y consent. (1996, c. 11, a. 2.)
- (3.1) Une requête en autorisation doit être introduite en signifiant un avis de requête à l'intimé et au ministre de la manière prescrite à la Partie III des Règles de la Cour du Banc de la Reine. (1996, c. 11, a. 2.)
- (3.2) Sur introduction d'une requête en autorisation, l'autorisation ne sera accordée que si le requérant établit, au moyen d'une preuve par affidavit, sa prétention *prima facie* selon laquelle la personne a, en signalant la situation, agi dans l'intention de nuire et sans motifs raisonnables. (1996, c. 11, a.2.)
- (3.3) Si l'autorisation est rejetée, la cour peut ordonner au requérant de défrayer la requête, en partie ou en totalité. (1996, c. 11, a. 2.)
- (3.4) Est irrecevable toute action qui a été introduite contre une personne ayant signalé une situation conformément au paragraphe (1) sans l'autorisation de la cour. (1996, c. 11, a. 2.)
- (4) Tout agent de la paix qui a des motifs raisonnables de croire qu'un enfant a besoin de protection doit immédiatement signaler la situation à un représentant officiel. (1996, c. 11, a. 2.)

TERRITOIRES DU NORD-OUEST LOI SUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE⁽¹³²⁾ (traduction non officielle)

Art. 30. Définition de «mauvais traitements».

- (1) Aux fins du présent article, le terme «mauvais traitements» désigne une forme
 - a) de préjudice physique ayant occasionné à un enfant une blessure physique qui n'est pas le résultat de punitions utilisées dans la mesure raisonnable par un parent ou un tuteur;
 - b) de malnutrition ou de mauvaise santé mentale qui, n'étant pas traitée dans l'immédiat, pourrait jusqu'à nuire sérieusement à la croissance et au développement d'un enfant ou entraîner des séquelles permanentes ou la mort; ou
 - c) d'atteinte à la pudeur.
- (2) *Signalement de la situation.* – Toute personne qui possède des renseignements concernant l'abandon ou le besoin de protection d'un enfant, ou les mauvais traitements infligés à un enfant doit en informer le Surintendant sans délai.
- (3) *Obligation du professionnel.* – Par dérogation aux dispositions de toute autre loi, toute personne qui, dans l'exercice de ses fonctions professionnelles et officielles, a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant subit ou a subi de mauvais traitements pouvant avoir été causés ou permis par une personne qui a ou a eu la charge de l'enfant doit signaler la situation au Surintendant sans délai.
- (4) *Renseignements confidentiels et privilégiés.* – Le présent article s'applique même si les renseignements déclarés sont confidentiels ou privilégiés.
- (5) *Responsabilité civile.* – Nul recours ne peut être exercé contre une personne ayant signalé la situation au Surintendant conformément au présent article sauf si cette personne a agi dans l'intention de nuire et sans motifs raisonnables de soupçonner que ces renseignements sont véridiques.
- (6) *Secret professionnel de l'avocat.* – Le présent article ne saurait abroger le caractère confidentiel de la relation qui peut exister entre un avocat et son client.

Art. 30.1. Immunité.

- (1) Sous réserve du paragraphe (2), toute personne visée par la présente loi ne peut être tenue responsable d'actes accomplis ou non relativement au bien-être et à la protection d'un enfant, dans le cas où cette personne exerce ses fonctions de bonne foi en vertu de la présente loi.
- (2) *Application.* – Le présent article ne s'applique pas aux personnes visées à l'article 30.

Art. 115. Signalement discrétionnaire.

- (1) Toute personne qui a des motifs raisonnables de croire qu'un enfant peut avoir besoin de protection peut communiquer les renseignements sur lesquels cette impression est fondée au directeur, à une personne nommée par le directeur ou à un agent de la paix.
- (2) [*Immunité*]. – Aucune poursuite, de quelque nature que ce soit, y compris le recours à des sanctions disciplinaires pour faute professionnelle, ne peut être intentée contre une personne qui, se conformant au paragraphe (1), communique des renseignements, sauf si cette personne a communiqué de faux renseignements dans l'intention de nuire.
- (3) [*Faux renseignements communiqués dans l'intention de nuire*]. – Toute personne qui, dans l'intention de nuire, communique à un agent de la paix, au directeur, à une personne nommée par le directeur ou à toute autre personne de faux renseignements donnant lieu de croire qu'un enfant peut avoir besoin de protection commet une infraction et est passible, sur déclaration sommaire de culpabilité, d'une amende n'excédant pas 5 000 \$ ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas six mois, ou d'une amende ainsi que d'une peine d'emprisonnement.

Annexe B

Protocole d entrevues

Introduction

Objectif : La présente enquête vise à recueillir des renseignements qui permettront de connaître les méthodes utilisées par divers hôpitaux pour dépister, classifier et signaler les cas d'enfants victimes de violence.

Élément essentiel : L'enquête vise essentiellement à déterminer de quelle façon l'institution intervient en présence de cas présumés de violence envers des enfants et non comment vous, en tant que personne, intervenez. Les renseignements ainsi recueillis seront regroupés, puis présentés sous forme de sommaire, dont vous pourrez prendre connaissance avant que soit finalisé le rapport.

Documentation écrite

Si vous possédez des documents écrits se rapportant aux questions ci-contre, veuillez les transmettre par télécopieur à Linda Bland de l'Institut canadien de recherche sur le droit et la famille (ICRDF) au (403) 289-4887. Si vos documents sont trop volumineux, veuillez en aviser Linda au (403) 220-6653 et elle s'occupera de les faire acheminer par messagerie. En faisant parvenir votre documentation avant l'entretien, celui-ci devrait être moins long le moment venu.

- 1.0 Votre hôpital dispose-t-il d un service spécialisé dans les cas d enfants victimes de violence (autrement dit, une ressource interne spécialement consacrée à cette fin)?**
 - 1.1 De quelle façon le service est-il financé?
 - 1.2 Combien de postes sont-ils affectés au service?
 - 1.3 De quels secteurs d'activité proviennent les membres du service?
 - 1.4 En quoi consistent le mandat et les fonctions du service?
 - 1.5 Des services internes (à l'hôpital) ou externes (aux médecins ou organismes venant de l'extérieur) y sont-ils offerts?
- 2.0 Votre hôpital travaille-t-il en collaboration avec une équipe spécialement consacrée à la protection de l enfance (autrement dit, une équipe multidisciplinaire dont les membres professionnels représentent divers organismes provenant principalement de l'extérieur de l'hôpital)?**
 - 2.1 Quels organismes ou secteurs d'activité sont représentés au sein de l'équipe?
 - 2.2 Qui dirige l'équipe?
 - 2.3 En quoi consistent le mandat et les fonctions de l'équipe?
- 3.0 Votre hôpital a-t-il établi des protocoles spéciaux quant à la gestion des cas présumés de violence envers les enfants?**
 - 3.1 Quels sont les protocoles reliés au dépistage, à la définition et à la classification des cas d'enfants victimes de violence?
 - 3.2 Quelles formes de violence sont-ils victimes les enfants que vous traitez?
 - Quelles sont les définitions opérationnelles de ces formes de violence?
 - D'où proviennent ces définitions (p. ex., de la législation, de la politique de l'hôpital, des études)?
 - 3.3 Quels sont les protocoles reliés aux enquêtes sur les cas d'enfants victimes de violence?
 - 3.4 Quels sont les protocoles reliés au traitement des cas d'enfants victimes de violence?
 - 3.5 Quels autres organismes sont concernés par ces protocoles (p. ex., les services d'aide sociale à l'enfance, la police)?
 - 3.6 Le travail que vous faites en collaboration avec ces organismes est-il efficace?

4.0 Votre hôpital a-t-il instauré un programme de formation spécial en matière de violence envers les enfants?

- 4.1 En quoi consiste cette formation (autrement dit, est-elle particulièrement reliée au dépistage et à la classification des cas d'enfants victimes de violence)? Traite-t-elle de questions d'ordre juridique et institutionnel comme le signalement et les relations avec les divers intervenants?
- 4.2 Quand a-t-elle lieu?
- 4.3 À qui s'adresse-t-elle?
- 4.4 Qui en est responsable?
- 4.5 Un programme de formation est-il offert aux professionnels en soins communautaires?

5.0 Est-ce que vous répertoriez des données sur le nombre de cas présumés de violence envers les enfants déclarés dans votre hôpital ou aux services de protection de l'enfance?

- 5.1 Depuis quand recueillez-vous des données sur les cas présumés de violence envers les enfants?
- 5.2 Seriez-vous en mesure de fournir des données sur le nombre d'enfants victimes de violence, qui soit, de préférence, réparti selon les formes de violence traitées au cours de l'année la plus récente?
- 5.3 Parmi les cas présumés d'enfants victimes de violence que votre hôpital a répertoriés, combien environ (en %) proviennent :
 - Du service d'urgence?
 - Du service des cas d'enfants victimes de violence (si ce service existe)?
 - De services comme la pédiatrie générale, la psychiatrie infantile ou la pédiatrie spécialisée dans le développement de l'enfant?
 - D'autres sources de référence (veuillez préciser lesquelles)?

6.0 Dans votre hôpital, y a-t-il ou y a-t-il eu des personnes qui ont mené des études sur la violence envers les enfants, en particulier sur le dépistage, le signalement et le traitement de tels cas?

- 6.1 Qui sont ces personnes? (Noms et numéros où on peut les rejoindre)
- 6.2 Ont-elles rédigé des rapports?

7.0 Problèmes rencontrés

- 7.1 Jugez-vous pertinentes les lois que votre province ou territoire a adoptées en matière de violence envers les enfants?
- 7.2 Le dépistage et le signalement des cas d'enfants victimes de violence soulèvent-ils des problèmes, des inquiétudes?
 - Autrement dit :
 - L'incertitude exprimée à l'égard de la véracité des allégations de violence vous préoccupe-t-elle?
 - Votre personnel hésite-t-il à dénoncer ces cas?
 - La sur-déclaration (les cas non fondés ou dénoncés avec l'intention de nuire) vous préoccupe-t-elle?
- 7.3 Comment pourrait-on améliorer le mécanisme de signalement des cas de violence?

Annexe C

Exemples de protocoles

CRITÈRES D ORIENTATION

Child Protection Service Unit du British Columbia Children s Hospital

L'hôpital traite des filles de 13 ans et moins et des garçons de 18 ans et moins, victimes de violence sexuelle.

L'hôpital traite également tous les cas présumés de violence physique chez les enfants de moins de 18 ans.

Ces cas proviennent notamment :

1. Du médecin de famille, qui voit la nécessité d'un deuxième avis;
2. Du travailleur social au ministère de l'Enfance et de la Famille (*traduction non officielle*) ou de la police de Vancouver et de Richmond seulement;
3. De l'extérieur de Vancouver – il arrive que le ministère de l'Enfance et de la Famille ou la police communique avec l'hôpital au sujet de cas complexes ou à caractère unique.

Il est préférable que l'enfant soit interrogé par la police ou le ministère de l'Enfance et de la Famille **avant** d'être soumis à un examen médical.

Protocole de violence sexuelle du B.C. Children s Hospital

Préparé par :

Child Protection Service Unit

British Columbia Children s Hospital

D^{re} Jean Hlady, directrice

I. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Tout enfant présentant un cas présumé de violence sexuelle dans les 72 heures qui précèdent doit être examiné immédiatement par un médecin du service d'urgence. Le médecin en disponibilité à la CPSU doit ensuite en être informé si l'examen révèle des blessures nécessitant un suivi.
2. Tous les enfants âgés de 13 ans et moins doivent être examinés au *Children s Hospital*. Les filles de 14 ans et moins doivent être dirigées au personnel du Programme sur la violence sexuelle (*traduction non officielle*) de l'hôpital de Vancouver. Les garçons de 18 ans et moins, victimes de violence sexuelle, doivent être examinés au *British Columbia Children s Hospital*.
3. Il est possible que le dossier du patient serve de preuve légale. Assurez-vous que toutes les déclarations sont **objectives, précises et lisibles**.
4. Donnez à l'enfant tout le soutien affectif dont il a besoin. Donnez-lui un maximum de liberté et expliquez-lui toutes les étapes de l'examen.
5. Rappelez-vous que nous ne devons pas porter de jugement, mais nous en tenir plutôt aux soins médicaux nécessaires.
6. N'employez d'autres termes que « cas présumé de violence sexuelle ». Les termes « viol » et « agression sexuelle » relèvent du domaine juridique et non médical.
7. En présence d'un cas soupçonné de violence sexuelle, consultez l'un des quatre médecins suivants :
(Reportez-vous à l'horaire des médecins en disponibilité à la CPSU)

D^{re} Jean Hlady
D^r Paul Korn
D^{re} Margaret Colbourne
D^{re} Barbara Fitzgerald

8. Avant de procéder à l'examen, vous devez obtenir le consentement du parent ou du tuteur légal de l'enfant.

II. CIRCONSTANCES DE L'AGRESSION

Responsabilités de l'infirmière :

- (a) Procéder au triage du patient de la façon habituelle.
- (b) Demander au patient d'attendre dans la salle d'examen (salle 1K82 si possible).
- (c) Prendre les signes vitaux ainsi qu'un échantillon d'urines.
- (d) Décrire les signes apparents de traumatisme.
- (e) Prendre note de l'état émotif du patient.
- (f) Décrire l'état des vêtements.
- (h) Voir à ce que le patient soit d'abord examiné par le pédiatre de l'urgence. Le pédiatre jugera s'il convient d'en informer la CPSU. Le médecin de la CPSU doit en être informé si l'examen révèle des blessures nécessitant un suivi.
- (i) Si le médecin de la CPSU est appelé à intervenir, l'infirmière doit préparer le matériel de prélèvement nécessaire et le placer dans la salle 1K82.
- (j) Le matériel servant aux cas de violence sexuelle ou aux cas de viol est dans le troisième tiroir du classeur dans la salle 1K82. Ce matériel comprend tous les instruments et formulaires d'autorisation nécessaires au prélèvement d'échantillons destinés au laboratoire du BCCH et au laboratoire judiciaire de la police. Les spéculums sont rangés dans le tiroir supérieur du classeur de la salle 1K82 au besoin.
- (k) Voir examen de la CPSU sous *kit*. Le matériel est rangé par l'infirmière de la CPSU (local 7342).

Responsabilités du médecin :

- (a) Demander au parent, au travailleur social ou à la police d'expliquer les circonstances exactes de l'agression et comparer leurs déclarations à celles du patient si possible.
- (b) Obtenir du parent et du patient un rapport complet des antécédents médicaux.

Si il s agit d une adolescente :

Chercher à obtenir davantage d'information sur :

- (a) Les parties du corps où, au cours de l'agression, il y a eu pénétration.
- (b) Le cycle menstruel, les moyens contraceptifs, les relations sexuelles complètes, les maladies vénériennes et toute activité suivant l'agression (changement de vêtements, bain, douche, etc.).
- (c) Si la patiente a commencé ses menstruations, vous devez tenir compte de ses volontés quant à la contraception hormonale et l'avortement.

III. EXAMEN PHYSIQUE

Responsabilités du médecin :

1. Voir à ce qu'une infirmière soit présente tout au long de l'examen physique. Si un parent est disponible, il devra également être présent durant l'examen.
2. Procéder à l'examen physique de routine; prendre note de l'état émotif et de l'apparence générale (y compris les vêtements) du patient.
3. Examiner les parties où il y a eu pénétration au cours de l'agression (vagin, bouche, anus).
4. Noter tout signe apparent de traumatisme (même les plus petits) à l'une ou l'autre des parties susmentionnées. Faire prendre des photographies au besoin (avec le consentement du parent et du patient).

IV. EXAMENS MÉDICAUX

1. Procéder à des ponctions et des prélèvements dans les parties du corps touchées afin de dépister la gonorrhée et la chlamydia. Transmettre les échantillons prélevés immédiatement au laboratoire la journée même. (Microbiologie 0800 – 1700) Si le laboratoire est fermé, ranger les échantillons dans une boîte fermée à clef et les transmettre au laboratoire le jour suivant, en ayant soin de bien les identifier. Les échantillons de chlamydia et d'herpès doivent être entreposés dans un réfrigérateur ou placés dans de la glace. Les échantillons de gonorrhée doivent être entreposés à la température de la pièce pendant une période ne dépassant pas 16 heures.
2. Demander des prélèvements pour VDRL et des tests de dépistage du VIH au besoin.
3. Procéder à une analyse des urines et à une culture vaginale.
4. Bien vérifier si l'inscription des étiquettes est exacte.
5. Tous les prélèvements transmis au laboratoire du *Children s Hospital* doivent être inscrits au registre du laboratoire de microbiologie par la personne qui transmet les prélèvements et la personne qui les reçoit.

V. EXAMENS LÉGAUX

1. **Montage humide** : Effectuer des prélèvements de sperme sur les parties touchées. (Utiliser une seringue pour aspiration plutôt que des tampons de coton.) S'il s'agit d'un jeune enfant, utiliser un tube d'alimentation remplie de solution saline. Introduire la solution dans le vagin et aspirer. Déposer une goutte du produit d'aspiration sur une lame de verre et examiner immédiatement au microscope pendant cinq minutes à facteur de puissance élevé. Noter la présence ou l'absence de sperme et le nombre de spermatozoïdes actifs et inactifs.
2. **Examen microscopique des frottis vaginaux** :
 - a) Procéder de la même manière que pour le montage humide. S'il s'agit d'une adolescente, prélever les frottis de la paroi postérieure du vagin, du rectum ou du pharynx tel qu'indiqué. Dans le cas d'un jeune enfant, se servir d'un écouvillon vaginal si possible ou prélever toute sécrétion apparente. L'utilisation d'un écouvillon rectal et pharyngé est également possible au besoin. Laisser sécher les écouvillons à l'air libre, les identifier et les déposer dans une enveloppe. Ne pas coller d'étiquette sur l'enveloppe.
 - b) Concernant la mention «cas présumé de violence sexuelle – veuillez noter la présence ou l'absence de sperme», Transmettre deux échantillons de frottis à la police et deux autres au laboratoire de pathologie. Si le patient a été examiné en dehors des heures de bureau, garder les échantillons dans un tiroir fermé à clef.
3. **P-30** – Faire parvenir à la police un écouvillon séché à l'air (pendant une heure), dans une enveloppe bien identifiée.
4. **D autres examens** pouvant servir à identifier l'agresseur peuvent être faits à la demande de la police (examen des poils pubiens, des prélèvements sous les ongles des doigts, des sécrétions servant au dépistage des agglutinogènes A, B et O). Déposer ces échantillons dans des enveloppes identifiées individuellement, disponibles dans le matériel d'examen des cas de viol. Cette preuve doit être identifiée et déposée dans une grande enveloppe brune renfermant toutes les preuves légales destinées à la police. Ranger l'enveloppe dans un tiroir fermé à clef, lequel contient également les vêtements du patient (au besoin), jusqu'à l'arrivée de la police.
5. **Les vêtements**, surtout les sous-vêtements, peuvent servir de preuve. Une fois enlevée, chaque pièce de vêtement doit être placée séparément dans un sac.
6. **Tous les échantillons transmis à la police** doivent être déposés dans une grande enveloppe brune qui vous est fournie dans le matériel servant aux examens des cas de viol. Au moment de déposer les échantillons dans l'enveloppe ou de les transmettre au service de police, dresser une liste des échantillons, accompagnés des signatures de la personne qui transmet l'enveloppe et de la personne qui la reçoit.

VI. TRAITEMENT

- 1) **Blessures** : Traiter et/ou consulter au besoin.
- 2) **Chez les adolescentes** : Traitement prophylactique en cas de grossesse : Si la patiente en est à ses premières règles, qu'elle n'utilise pas de moyen contraceptif et qu'elle est dans sa période d'ovulation, prescrire le contraceptif Ovral (2 pilules à prendre immédiatement et 2 autres dans 12 heures). Expliquer les effets secondaires et le taux d'efficacité de la pilule. La patiente doit être informée du risque accru pour le fœtus et de la possibilité de se faire avorter s'il y a absence de règles. Ne pas prescrire d'Ovral s'il n'y a pas eu pénétration vaginale ou si des moyens contraceptifs ont été utilisés minutieusement au cours du cycle menstruel.

VII. DIAGNOSTIC FINAL

1. Indiquer si l'examen révèle ou non des anomalies.
2. Si l'examen révèle des anomalies, indiquer s'il s'agit d'un cas certain ou de signes apparents de violence sexuelle.
3. Présence ou absence de sperme.
4. Identification de troubles spécifiques (traumatismes, contusions, lacérations, etc.).
5. Autres diagnostics médicaux démontrant des signes de violence.

VIII. SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

La Loi sur les services à l'enfance et à la famille stipule que tout cas présumé de violence sexuelle et physique doit être signalé.

1. **Le jour**, le travailleur social de la *Child Protection Service Unit* doit être informé de tout signalement fait auprès du ministère de l'Enfance et de la Famille (*traduction non officielle*).
2. **Le soir et les fins de semaine**, le médecin de la *Child Protection Service Unit*, s'il est avisé, devra signaler ces cas de violence.
3. **Si le médecin de la *Child Protection Service Unit* n est pas disponible**, le médecin du service d'urgence doit aviser le ministère de l'Enfance et de la Famille (*traduction non officielle*). Après les heures de bureau, le numéro pour signaler les cas de violence est le 660-4927.

IX. SUIVI

1. Si un suivi **médical** est nécessaire, l'enfant peut être examiné par son médecin de famille ou par un médecin de la *Child Protection Service Unit* de la *Child and Family Clinic*. Communiquer avec le travailleur social de la *Child Protection Service Unit* au 875-3270 pour prendre rendez-vous à la *Child and Family Clinic*.
2. Il est extrêmement important que l'enfant et sa famille puissent compter sur un bon soutien **affectif**. Le médecin du service d'urgence doit transmettre à la famille le numéro de téléphone (875-3270) du travailleur social de la *Child Protection Service Unit* et l'inciter à prendre rendez-vous avec un médecin de la *Child and Family Clinic*.
3. **Si un suivi auprès de la CPSU est prévu**, laisser la formule ER SSP dans l'enveloppe de la CPSU qui se trouve dans la salle d'urgence. S'informer auprès de l'infirmière chef de l'endroit exact.

Protocole de violence physique du B.C. Children's Hospital

Préparé par :

Child Protection Service Unit

British Columbia's Children's Hospital

D^{re} Jean Hlady, directrice

I. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Tout enfant de 0 à 18 ans inclusivement doit être examiné immédiatement.
2. Il est possible que le dossier du patient serve de preuve légale. Assurez-vous que toutes les déclarations sont **objectives, précises et lisibles**.
3. Donnez à l'enfant et à sa famille tout le soutien affectif dont ils ont besoin. Expliquez-leur toutes les étapes de l'examen.
4. Avant de procéder à l'examen, vous devez obtenir le consentement du parent ou du tuteur légal de l'enfant.

II. CIRCONSTANCES DE L'AGRESSION

1. Responsabilités de l'infirmière :

- (a) Procéder au triage du patient de la façon habituelle.
- (b) Demander au patient d'attendre dans la salle d'examen (salle 1K82 si possible).
- (c) Prendre les signes vitaux.
- (d) Décrire les signes apparents de traumatisme.
- (e) Voir à ce que le patient soit d'abord examiné par le pédiatre de l'urgence. Le pédiatre jugera s'il convient d'en informer la CPSU. Le médecin de la CPSU doit en être informé si l'examen révèle des blessures nécessitant un suivi.
- (f) Si le médecin de la CPSU est appelé à intervenir, l'un des 4 médecins de l'équipe doit être avisé (vous reporter à l'horaire des médecins en disponibilité à la CPSU). Si la vie du patient est sérieusement mise en péril suite à la violence subie, aviser le directeur de la CPSU.

2. Responsabilités du médecin :

- (a) Demander au parent, au travailleur social et à la police d'expliquer les circonstances exactes de l'agression et comparer leurs déclarations à celles du patient si possible.
- (b) Obtenir un rapport complet des antécédents médicaux.

III. EXAMEN PHYSIQUE

Responsabilités du médecin :

- (a) Procéder à un examen physique complet en présence d'une infirmière.
- (b) Décrire en détail toutes les blessures sur le formulaire du service d'urgence et sur les formulaires de la CPSU disponibles au service d'urgence.
- (c) Décrire la couleur et la grosseur des contusions, le cas échéant.
- (d) Faire prendre des photographies au besoin (avec le consentement du parent et du patient). Appeler au besoin le service biomédical du *Children's Hospital* ou l'escouade policière chargée de l'identification.

IV. EXAMENS MÉDICAUX

1. Si vous constatez d'importantes contusions, faites passer un hémogramme complet avec formule leucocytaire, numération plaquettaire, temps de prothrombine et temps de céphaline.
2. Dans le cas d'un enfant de moins de 2 ans, procéder couramment à un examen du squelette ou un examen scintigraphique.

V. TRAITEMENT

1. Traiter toutes les blessures s'il y a lieu.
2. Consulter, au besoin, des sous-spécialistes (p. ex. chirurgien plasticien, ophtalmologiste, neurochirurgien, orthopédiste).

VI. DIAGNOSTIC FINAL

1. Indiquer si l'examen révèle ou non des anomalies.
2. Si l'examen révèle des anomalies, indiquer s'il s'agit d'un cas certain de blessure non accidentelle ou de marques s'apparentant à des blessures non accidentelles.

VII. SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

La Loi sur les services à l'enfance et à la famille stipule que tout cas présumé de violence sexuelle et physique doit être signalé.

1. **Le jour**, le travailleur social de la *Child Protection Service Unit* doit être informé de tout signalement fait auprès du ministère de l'Enfance et de la Famille (*traduction non officielle*).
2. **Le soir et les fins de semaine**, le médecin de la *Child Protection Service Unit*, s'il est avisé, devra signaler ces cas de violence.
3. **Si le médecin de la *Child Protection Service Unit* n est pas disponible**, le médecin du service d'urgence doit aviser le ministère de l'Enfance et de la Famille. Après les heures de bureau, le numéro pour signaler les cas de violence est le 660-4927.

VIII. SUIVI

1. Si un suivi **médical** est nécessaire, l'enfant peut être examiné par son médecin de famille ou par un médecin de la *Child Protection Service Unit* de la *Child and Family Clinic*. Communiquer avec le travailleur social de la *Child Protection Service Unit* au 875-3270 pour prendre rendez-vous à la *Child and Family Clinic*.
2. Il est extrêmement important que l'enfant et sa famille puissent compter sur un bon soutien **affectif**. Le médecin du service d'urgence doit transmettre à la famille le numéro de téléphone (875-3270) du travailleur social de la *Child Protection Service Unit* et l'inciter à prendre rendez-vous avec un médecin de la *Child and Family Clinic*.
3. **Si un suivi auprès de la CPSU est prévu**, laisser la formule ER SSP dans l'enveloppe de la CPSU qui se trouve dans la salle d'urgence. S'informer auprès de l'infirmière chef de l'endroit exact.

Calgary Regional Health Authority Soins de courte durée Violence et négligence envers les enfants

OBJECTIF

Lorsque des cas présumés de violence et/ou de négligence envers les enfants se présentent, la présente politique veille à ce que :

- l'enfant et sa famille reçoivent des soins de qualité;
- l'enfant soit protégé et que sa famille reçoive l'appui et l'aide nécessaires;
- les droits de la jeune victime soient respectés;
- les professionnels de la santé, les services sociaux, la police et autres intervenants professionnels collaborent ensemble au dossier;
- les dispositions de la Loi sur la protection de l'enfance* (*traduction non officielle*) de l'Alberta soit respectées;
- les professionnels de la santé connaissent leurs obligations quant au signalement des cas présumés de violence et de négligence envers les enfants;
- les cliniciens respectent les dispositions du protocole provincial en matière de violence envers les enfants.

PRINCIPES DIRECTEURS

Il incombe à chacun et chacune de veiller à la protection et à la sécurité des enfants. Bien que la sécurité et le bien-être d'un enfant soient d'abord la responsabilité de la personne qui en a la charge, les services de protection de l'enfance peuvent intervenir lorsque cette personne est incapable ou refuse d'assumer cette responsabilité.

La protection et les intérêts de l'enfant ont priorité sur les intérêts de la personne qui en a la charge ou de sa famille lorsqu'un cas de violence et de négligence envers un enfant est signalé et donne lieu à une enquête. Les personnes qui, au cours d'une enquête, connaissent l'enfant et sa famille devront collaborer à la bonne marche de l'enquête.

DÉFINITIONS (tirées de la Loi sur la protection de l'enfance) (*traduction non officielle*)

Violence envers les enfants : Pour les besoins de la présente politique, nous disons qu'un enfant a besoin de protection lorsqu'il y a des motifs raisonnables et probables de croire que la survie, la sécurité ou le développement de l'enfant sont en péril.

Cette définition comprend tout préjudice direct ou indirect causé à un enfant par la ou les personnes qui en ont la charge, toute maladie, abandon ou privation matérielle, que des blessures aient été infligées ou non, résultant de situations survenant dans son environnement qui constituent une menace pour la vie ou le bien-être d'un enfant. Un enfant est défini comme toute personne, de sexe masculin ou féminin, âgée de moins de 18 ans. Les situations suivantes peuvent représenter un danger pour l'enfant :

- L'enfant est abandonné ou perdu;
- La personne qui avait la charge de l'enfant est décédée et l'enfant se retrouve seul;
- La personne ayant la charge de l'enfant est incapable ou refuse de subvenir aux besoins essentiels de l'enfant, privant ainsi l'enfant des soins médicaux ou chirurgicaux dont il a besoin ou de tout autre traitement thérapeutique lui ayant été prescrit par un médecin;

- L'enfant est ou risque fortement d'être victime de violence physique ou sexuelle de la part de la personne qui en a la charge;
- La personne ayant la charge de l'enfant est incapable ou refuse de le protéger de toute violence physique ou sexuelle;
- L'enfant est victime de violence psychologique de la part de la personne qui en a la charge;
- La personne ayant la charge de l'enfant est incapable ou refuse de le protéger de toute violence psychologique;
- La personne ayant la charge de l'enfant a soumis l'enfant à des formes cruelles ou inhabituelles de traitement ou de punition, ou a été incapable ou a refusé de l'en protéger;
- L'état ou le comportement de l'enfant empêche la personne qui en a la charge de lui fournir les soins nécessaires à la satisfaction de ses besoins.

Violence psychologique : Un enfant est victime de violence psychologique si ses fonctions mentales et son adaptation affective sont grandement et visiblement déficientes, cette déficience se manifestant sous forme de troubles mentaux ou de troubles du comportement, dont l'anxiété, la dépression, le retrait, l'agressivité ou le retard du développement ou de croissance, et s'il existe des motifs raisonnables et probables de croire que les troubles émotifs sont le résultat du rejet, de la carence affective ou de l'absence de stimulation cognitive, de l'exposition à la violence familiale ou à de sérieuses querelles de ménage, de critiques négatives, de menaces, d'humiliation, d'accusations portées à l'endroit de l'enfant, de l'état mental ou émotif de la personne ayant la charge de l'enfant, de consommation abusive d'alcool ou de drogues de la part d'une personne vivant avec l'enfant.

Violence physique : Un enfant est victime de violence physique s'il porte des blessures importantes et visibles sur n'importe quelle partie de son corps, lui ayant été infligées lors de l'utilisation non accidentelle de la force ou d'un agent mis en contact avec le corps de l'enfant, ces blessures se manifestant sous forme de lacérations, de contusions, d'érosions, de cicatrices, de fractures ou de toute autre blessure aux os, de dislocations, d'entorses, d'hémorragies, de ruptures d'organes, de brûlures (causée également par un liquide bouillant), de gelures, de perte d'altération ou de conscience des fonctions physiologiques ou de perte des cheveux ou des dents.

Violence sexuelle : Un enfant est victime de violence sexuelle s'il est exposé ou soumis à des gestes, des activités ou des comportements sexuels qui ne conviennent pas à son âge.

POLITIQUE

1. Généralités

1.1 Toute personne résidant en Alberta, y compris les professionnels de la santé, est tenue, conformément aux dispositions de la Loi sur la protection de l'enfance, de voir à ce que tout cas présumé de violence ou de négligence envers un enfant soit signalé aux *Family and Social Services* de l'Alberta (A.F.S.S.). Les résidents de la Région de Calgary peuvent, à cet égard, s'adresser à l'équipe d'intervention de l'*Alberta Family and Social Services* (protection de l'enfance), aux numéros suivants :

Le jour : 270-5335

Le soir : 270-5333

Télécopieur : 297-7507

1.1.1 La Loi protège contre toute action en justice la personne qui signale un cas présumé de violence ou de négligence, sauf si cette personne « a agi dans l'intention de nuire ou sans motif raisonnable et probable de signaler une telle situation » (Loi sur la protection de l'enfance, art. 3, par. 4).

- 1.1.2 Toute personne ayant des motifs raisonnables et probables de signaler un cas de violence ou de négligence, mais qui ne le fait pas, est coupable d'infraction. Un professionnel peut être signalé à son association, ordre ou collègue professionnel s'il refuse ou néglige de signaler un tel cas conformément à la Loi sur la protection de l'enfance.
- 1.2 Un professionnel de la santé qui, au moment de traiter une personne adulte, entend dire qu'un enfant peut avoir besoin de protection, est tenu de signaler la situation aux services de protection de l'enfance de l'*Alberta Family and Social Services*.
- 1.3 La violence envers les enfants soulève souvent des sentiments extrêmement négatifs à l'égard des agresseurs; les professionnels de la santé doivent être conscients de cette situation et déléguer le dossier à un collègue si nécessaire.
- 1.4 Il arrive souvent que le professionnel de la santé n'est pas en mesure d'évaluer si le cas doit être signalé conformément à la Loi sur la protection de l'enfance. Le professionnel consultera alors des collègues, dont des travailleurs sociaux, des membres du personnel du Programme sur la violence envers les enfants (*traduction non officielle*) de l'*Alberta Children s Hospital* (229-7886), des membres de l'équipe sur la violence envers les enfants du centre Peter Lougheed ou d'autres collègues exerçant des fonctions ou possédant des connaissances ou des relations en matière de protection de l'enfance. En s'adressant directement à un travailleur préposé à la protection de l'enfance, le professionnel sera plus en mesure d'évaluer si le cas doit être signalé de façon officielle.

2. Communication

- 2.1 Toute inquiétude relativement à un cas présumé ou fondé de violence ou de négligence envers un enfant sera examinée en compagnie du médecin traitant et du personnel social, ou du personnel spécialisé du Programme sur la violence envers les enfants (*traduction non officielle*) de l'*Alberta Children s Hospital*.
 - 2.1.1 Le professionnel de la santé qui croit avoir des motifs raisonnables et probables de croire qu'un enfant a besoin de protection est tenu par la loi de signaler la situation aux services de protection de l'enfance. Il est alors préférable d'obtenir l'avis du médecin traitant ou d'autres membres du personnel des services de santé.
 - 2.1.2 Les professionnels de la santé savent bien que la violence envers les enfants soulève de fortes émotions et c'est pourquoi ils admettent les divergences d'opinions pouvant exister entre les membres du personnel des services de santé. Même si d'autres ne sont pas d'accord avec son point de vue, le professionnel oeuvrant auprès de la jeune victime a le devoir de signaler la situation s'il croit avoir des motifs raisonnables et probables de soupçonner que l'enfant est victime de violence ou de négligence. S'il a des doutes, il devra consulter le personnel d'intervention des services sociaux qui l'aidera à évaluer si les circonstances entourant l'agression justifient son signalement. Dans ce type de consultation, l'identité de l'enfant et de sa famille est souvent protégée, ce qu'apprécient d'ailleurs les travailleurs préposés à la protection de l'enfance.
 - 2.1.3 Le professionnel de la santé ne s'acquittera de ses obligations que lorsqu'il aura signalé la situation.
 - 2.1.4 Étant donné la nature parfois complexe du travail d'équipe, le professionnel de la santé (médecin traitant, infirmière, travailleur social) peut être mandaté pour signaler le cas aux services de protection de l'enfance au nom de toutes personnes concernées.
 - 2.1.5 Le personnel du Programme sur la violence envers les enfants (*traduction non officielle*) de l'*Alberta Children s Hospital* est disponible pour consultation durant les heures de bureau. En dehors de ces heures, les travailleurs sociaux aux urgences sont disponibles pour consultation et peuvent être rejoints par la réception de l'*Alberta Children s Hospital*.

3. Signalement

- 3.1 Une documentation approfondie et précise doit être fournie pour toute question concernant un cas présumé de violence ou de négligence. Le professionnel de la santé peut être appelé à fournir des preuves si une action en justice était intentée.
 - 3.1.1 Cette documentation doit être ajoutée au dossier médical en temps utile.
- 3.2 Toute divulgation faite par un enfant ou tout cas présumé de violence signalé par un adulte doit être documenté de la façon la plus précise possible.
- 3.3 Le professionnel auquel s'adresse l'enfant doit le soutenir tout en se gardant de l'interroger sur le dit cas. Le professionnel devra alors signaler le cas sans délai aux services de protection de l'enfance. Seul un travailleur préposé à la protection de l'enfance peut évaluer si l'enfant doit être protégé.
- 3.4 Même si, pour l'instant, le traitement clinique qu'ont reçu l'enfant et sa famille au service d'urgence n'indique pas la nécessité d'un recours immédiat à d'autres travailleurs sociaux d'urgence, travailleurs sociaux, membres du Programme sur la violence envers les enfants (*traduction non officielle*) ou du comité consultatif, ce recours est toujours possible plus tard. Une copie de la documentation doit être transmise sans tarder au service clinique approprié pour étude.
- 3.5 Au moment de signaler tout cas présumé ou fondé de violence au travailleur préposé à la protection de l'enfance, le professionnel de la santé doit fournir les renseignements suivants :
 - 3.5.1 le nom, l'adresse et la date de naissance de l'enfant
 - 3.5.2 le nom des autres membres de la famille
 - 3.5.3 le nom et l'adresse du présumé agresseur, s'il est connu
 - 3.5.4 le contenu détaillé de la divulgation
 - 3.5.5 une description des autres indicateurs, signes ou symptômes ayant amené le professionnel de la santé à croire que l'enfant a besoin de protection
 - 3.5.6 toute autre inquiétude concernant la sécurité et le développement de l'enfant
- 3.6 Après avoir examiné le cas fondé ou présumé de violence qui lui a été signalé, le travailleur préposé à la protection de l'enfance avisera la police s'il croit qu'une infraction est commise.

4. Confidentialité

- 4.1 La Loi sur la protection de l'enfance* stipule que toute personne a le devoir de signaler un cas de violence même si certains renseignements sont confidentiels et que leur divulgation est défendue en vertu de toute autre loi ou de tout code de déontologie professionnelle. Seul l'avocat de la famille n'est pas tenu par cette obligation.
 - 4.1.1 Le signalement de tout cas de violence sera tenu strictement confidentiel par l'A.F.S.S., mais les fournisseurs de soins de santé doivent savoir que tout cas peut faire l'objet d'une action en justice où le tribunal devra avoir accès aux dossiers.

5. Divulgation de renseignements

- 5.1 Conformément au protocole provincial en matière de violence envers les enfants, le personnel du CRHA collaborera avec le personnel d'autres organismes au moment de répondre aux questions des enquêteurs. Pour en savoir davantage sur la divulgation de renseignements, veuillez communiquer avec le Bureau des affaires juridiques (*traduction non officielle*) ou le directeur du Programme sur la violence envers les enfants (*traduction non officielle*).

6. Retrait de l'enfant hors de l'hôpital

- 6.1 S'il est évident que la sécurité de l'enfant sera mise en péril si celui-ci quitte l'établissement où des soins de courte durée lui sont prodigués, suivre la procédure suivante :

- 6.1.1 Appeler immédiatement le service de protection de l'enfance.
- 6.1.2 Si le service de protection de l'enfance ne peut intervenir rapidement, communiquer avec le service de police de Calgary.

7. Négligence envers les enfants et patients en soins obstétricaux

- 7.1 Le personnel des services de santé doit consulter le médecin traitant et le travailleur social aussitôt qu'il observe les faits suivants et s'en inquiète :
 - 7.1.1 Une femme enceinte qui manifeste un comportement ambivalent anormal et inexplicable à l'égard de sa condition tenant compte :
 - de sa situation matrimoniale
 - de sa dynamique et de ses pratiques culturelles
 - de sa condition physique
 - 7.1.2 Absence d'intérêt et de réaction envers le bébé dans la salle d'accouchement, accompagnée d'un comportement inadéquat avant et après la naissance en refusant, par exemple, de communiquer avec le bébé ou d'en prendre soin.
 - 7.1.3 Absence constante d'intérêt à l'égard du bébé et de communication avec lui.
 - 7.1.4 Problèmes émotifs et sociaux complexes avant et après la naissance.
 - 7.1.5 Syndrome d'alcoolisme foetal.
 - 7.1.6 Consommation de drogue avant et pendant la grossesse.
 - 7.1.7 Absence de soins prénatals durant la grossesse.
- 7.2 Outre les traitements cliniques et les consultations auprès d'autres professionnels, le professionnel de la santé doit évaluer s'il est nécessaire de signaler le cas aux services de protection de l'enfance.

8. Procédure d'interrogation

- 8.1 C'est au travailleur social et à la police que revient la tâche d'interroger l'enfant en détail afin d'établir des preuves, bien qu'il soit nécessaire d'obtenir des renseignements cliniques concernant le traitement de l'enfant.

9. Photographies

- 9.1 Dans la mesure du possible, des photographies doivent être prises, soit par le photographe de l'hôpital, s'il est disponible, par la police, si elle a été appelée à intervenir, ou par tout autre professionnel de la santé.
 - 9.1.1 Le médecin doit d'abord en avoir fait l'ordonnance. Dans la mesure du possible, le consentement du parent ou du tuteur légal doit être obtenu, bien qu'il ne soit pas nécessaire.
 - 9.1.2 En dehors des heures de bureau, communiquer avec la réception de l'hôpital. Un photographe vous sera envoyé si nécessaire et s'il est disponible.

DÉMARCHE

1. Rôle du médecin

- 1.1 Au moment d'examiner l'enfant, le médecin devra :
 - 1.1.1 Obtenir un dossier médical complet, dont les circonstances exactes de l'agression.
 - 1.1.2 Procéder à un examen physique et à des investigations cliniques suivant le cas.
- 1.2 Prodiguer un traitement à l'enfant, s'il y a lieu.
- 1.3 Lorsqu'un médecin a des motifs raisonnables et probables de croire que l'enfant peut avoir besoin de protection, il devra en aviser un travailleur préposé à la protection de l'enfance (A.F.S.S.).

1.4 Consulter d'autres professionnels et services au besoin, notamment des médecins, des travailleurs sociaux, des travailleurs sociaux d'urgence, des membres du personnel du Programme sur la violence envers les enfants (*traduction non officielle*) (ACH), des membres du comité consultatif sur la violence envers les enfants (PLC) (*traduction non officielle*), etc.

2. Rôle des autres professionnels de la santé

2.1 Évaluer l'enfant, comme il convient.

2.2 Assurer la sécurité immédiate de l'enfant et prodiguer les soins nécessaires.

2.3 Signaler le cas aux services de protection de l'enfance (A.F.S.S.), si cela n'a pas déjà été fait et si le professionnel a des motifs raisonnables et probables de croire que l'enfant a besoin de protection.

2.4 En cas de doute quant à la nécessité de signaler, consulter d'autres spécialistes en matière de violence envers les enfants, comme les travailleurs sociaux et le personnel associé au Programme sur la violence envers les enfants.

2.5 Fournir un bon soutien clinique à l'enfant et à sa famille selon les compétences professionnelles de chaque discipline.

2.6 Diriger l'enfant aux personnes et organismes pouvant l'aider afin d'assurer une bonne surveillance. Il est recommandé de discuter entre professionnels avant de permettre à l'enfant de quitter l'hôpital.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE :

Province de l'Alberta, Loi sur la protection de l'enfance, 1985, article 3(1)

Province de l'Alberta, The Alberta Hospitals Act

Protocole provincial en matière de violence envers les enfants (*traduction non officielle*)

Bibliographie

1. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF et coll. *The battered child syndrome*. Journal of the American Medical Association 1962;181:17-24.
2. Mondale W. *Child abuse: issues and answers*. Public Welfare 1974;hiver:24.
3. Chesworth DO (président). *Secrets that can kill: child abuse investigations in New York State*. Albany : Temporary Commission of Investigation of the State of New York, 1995.
4. Welsh M, Donovan K. *How to save the children?* Toronto Star, 21 juin 1997.
5. Thompson-Cooper I, Fugère R, Cormier BM. *The child abuse reporting laws: an ethical dilemma for professionals*. Revue canadienne de psychiatrie 1993;38:557-62.
6. Sedlak A, Broadhurst DD. *Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: final report*. Washington: National Center on Child Abuse and Neglect, 1996.
7. Trocmé N, McPhee D, Kwok Kwan T et coll. *Étude d'incidence de l'Ontario sur les cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants*. Toronto : Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée, 1994.
8. Gouvernement du Canada. *Infractions sexuelles à l'égard des enfants : Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes* (deux volumes). Ottawa : Ministère de la Justice, 1984.
9. Fitzgerald R. *Assaults against children and youth in the family*, 1996. Ottawa: Centre canadien de la statistique juridique, 1997. Statistique Canada n° de cat. 85-002-XPE, vol. 17, n° 11.
10. Groupe de travail fédéral-provincial sur l'information sur les services à l'enfance et à la famille. *Bien-être de l'enfance au Canada : Le rôle des autorités provinciales et territoriales en matière d'enfance maltraitée*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services, 1994.
11. MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N et coll. *Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: results from the Ontario Health Supplement*. Journal of the American Medical Association 1997;278:131-35.
12. Westat Inc. *NIS-3 design issues*. Rockville, MD : Westat Inc., 1991.
13. Giovannoni JM. *Definitional issues in child maltreatment*. Dans : Cicchetti D, Carlson V, édés. *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York : Cambridge University Press, 1989.
14. McCurdy K, Daro D. *A national survey of reports and fatalities*. Journal of International Violence 1994;9(1):75-94.
15. Wang CT, Daro D. *Highlights from the 1995 annual fifty states survey child abuse*. Child Welfare Review 1996;1(1). Revue sur le bien-être de l'enfance disponible sur Internet : <http://www.childwelfare.com/kids/cabuse>.
16. Sedlack A, Broadhurst D.D. *Executive summary of the Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*. Washington : National Center on Child Abuse and Neglect, 1996.
17. Westat Inc. *Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: study design*. Rockville, MD : Westat Inc., 1993.
18. National Center on Child Abuse and Neglect. *National child abuse and neglect data system working paper 2: 1991 summary data component*. Washington, 1993.
19. Sedlack A. *Study of National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect: final report appendices (revised)*. Rockville, MD : Westat Inc., 1991.
20. Rycraft JR. *Redefining abuse and neglect: a narrow focus could affect children at risk*. Public Welfare 1990;hiver:14-21.
21. Saulsbury FT, Hayden GF. *Child abuse reporting by physicians*. Southern Medical Journal 1986;79:585-657.
22. Saulsbury FT, Campbell RE. *Evaluation of child abuse reporting by physicians*. American Journal of Diseases of Children. 1985;139:393-95.
23. Boyce MC, Melhorn KJ, Vargo G. *Pediatric trauma documentation: adequacy for assessment of child abuse*. Archives of Pediatric Adolescent Medicine 1996;150:730-32.
24. Hampton RL, Newberger EH. *Child abuse incidence and reporting by hospitals: significance of severity, class, and race*.

- American Journal of Public Health 1985;75(1):56-60.
25. Ards S, Chung C, Myers SL Jr. *The effects of sample selection bias on racial differences in child abuse reporting.* Child Abuse and Neglect 1998; 22(2):103-15.
 26. Ards S, Harrell A. *Reporting of child maltreatment: a secondary analysis of the national incidence surveys.* Child Abuse and Neglect 1993;17:337-44.
 27. Giovannoni JM. *Reports of child maltreatment from mandated and non-mandated reporters.* Children and Youth Services Review 1995;17:487-501.
 28. Sedlack A. *Study of National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect 1986; technical amendments to the study findings.* Rockville, MD : Westat Inc., 1990.
 29. Zellman GL, Antler S. *Mandated reporters and CPS: a study in frustration.* Public Welfare 1990;hiver:30-7.
 30. National Center on Child Abuse and Neglect. *Study of National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect, 1988.* Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services, 1988.
 31. Finkelhor D. *Is child abuse overreported? The data rebut arguments for less intervention.* Public Welfare 1990;hiver:23-9.
 32. Besharov DJ. *Gaining control over child abuse reports.* Public Welfare 1990;printemps: 34-40.
 33. U.S. Department of Health and Human Services. *Child maltreatment 1993; reports from the States to the National Center on Child Abuse and Neglect.* Washington, DC : Government Printing Office, 1995.
 34. Collins P. *Conducting secondary analysis with the Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an overview of methodological, statistical, and logistical issues.* Ithaca, NY : Cornell University, 1995.
 35. Giovanonni J, Meezan W. *Rethinking supply and demand in child welfare.* Children and Youth Services Review 1995;17:465-70.
 36. Swift JK. *Canada: trends and issues in child welfare.* Dans : Gilbert N, éd. *Combating child abuse: international perspectives and trends.* New York : Oxford University Press, 1997.
 37. Flango VE. *Can central registries improve substantiation rates in child abuse and neglect cases?* Child Abuse and Neglect 1991;15:403-13.
 38. Besharov DJ., Laumann LA. *Child abuse reporting.* Society 1996;mai/juin:40-6.
 39. Hutchison E.D. *Mandatory reporting laws: child protective case findings gone awry?* Social Work 1993;38(1):56-63.
 40. Pelton LH. *For reasons of poverty: a critical analysis of the public child welfare system in the United States.* New York : Praeger, 1989.
 41. Finkelhor D, Zellman GL. *Flexible reporting options for skilled child abuse professionals.* Child Abuse and Neglect 1991;15:335-41.
 42. Finkelhor D. *The main problem is still underreporting, not overreporting.* Dans : Gelles R, Loseke D, éd. *Current controversies on family violence.* Newbury Park, CA : Sage Publications, 1993.
 43. Lindsey D. *The welfare of children.* NY : Oxford University Press, 1994.
 44. Wright J, Boucher J, Frappier YJ et coll. *The incidence of child sexual abuse in Quebec.* Document présenté lors de la 5^e Conférence internationale sur la recherche en matière de violence familiale, University of New Hampshire, Durham, NH, 1^{er} juillet 1997.
 45. Mareffe C, Broos P. *Belgium: an abusive approach to child reporting and treatment.* Dans : Gilbert N, éd. *Combating child abuse: international perspectives and trends.* New York : Oxford University Press, 1997.
 46. Roelofs MAS, Baartman HEM. *The Netherlands: responding to abuse compassion or control?* Dans : Gilbert N, éd. *Combating child abuse: international perspectives and trends.* New York : Oxford University Press, 1997.
 47. Dubowitz H, Newberger E. *Pediatrics and child abuse.* Dans : Cicchetti D., Carlson V, éd. *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* New York : Cambridge University Press, 1989.
 48. Adams JA, Harper K, Knudson S, et coll. *Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It s normal to be normal.* Pediatrics 1994;94:310-17.
 49. Coody D, Brown M, Montgomery D et coll. *Shaken baby syndrome: identification and prevention for nurse practitioners.* Journal of Pediatric Health Care 1994;8(2):50-6.
 50. Shor R. *Pediatricians in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated*

- children. *Child Abuse and Neglect* 1998;22(2):143-53.
51. Morris JL, Johnson CF, Clasen M. *To report or not to report: physicians attitudes toward discipline and child abuse.* *American Journal of Diseases of Children* 1985;139:194-97.
 52. Rutherford BM. *Prediction issues in child abuse detection, prevention, and treatment.* Toronto : Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 1984.
 53. Reporting child abuse (éditorial). *Lancet* 1996;348:557.
 54. Deisz R, Doueck HJ, George N, et coll. *Reasonable cause: a qualitative study of mandated reporting.* *Child Abuse and Neglect* 1996;20(4):275-87.
 55. Davidson SA. *When is parental discipline child abuse? The vagueness of child abuse laws.* *University of Louisville Journal of Family Law* 1995;34:403-19.
 56. O'Toole R, Turbett JP, Nalepka C. *Theories, professional knowledge and diagnosis of child abuse.* Dans : Finkelhor D, Gelles RJ, Hotaling GT, Straus MA, éd. *The dark side of families: current family violence research.* Beverly Hills, CA : Sage Publications, 1983.
 57. Benson D.E., Swann A, O'Toole R, et coll. *Physicians recognition of and response to child abuse: North Ireland and the U.S.A.* *Child Abuse and Neglect* 1991;15:57-67.
 58. Levine M, Doueck HJ. *The impact of mandatory reporting on the therapeutic process.* Thousand Oaks : Sage Publications, 1995.
 59. Marshall WN, Locke C. *Statewide survey of physician attitudes to controversies about child abuse.* *Child Abuse and Neglect* 1997;21(2): 171-79.
 60. Steinberg KL, Levine M, Doueck HJ. *Effects of legally mandated child-abuse reports on the therapeutic relationship: a survey of psychotherapists.* *American Journal of Orthopsychiatry* 1997;67(1):112-22.
 61. Sundell K. *Child-care personnel's failure to report child maltreatment: some Swedish experience.* *Child Abuse and Neglect* 1997;21(1):93-105.
 62. Besharov DJ. *Child abuse and neglect reporting and investigation: policy guidelines for decision-making.* Dans : Robin M, éd. *Assessing child maltreatment reports: the problem of false allegations.* New York : The Haworth Press, 1991.
 63. Beck KA, Ogloff JRP. *Child abuse reporting in British Columbia: psychologists knowledge of and compliance with the reporting law.* *Professional Psychology* 1995;26:245-51.
 64. Reiniger A, Robison E, McHugh M. *Mandated training of professionals: a means for improving reporting of suspected child abuse.* *Child Abuse and Neglect* 1995;19(1):63-9.
 65. Smith-Bell M, Winsdale WJ. *Privacy, confidentiality, and privilege in psychotherapeutic relationships.* *American Journal of Orthopsychiatry* 1994;64(2):180-93.
 66. University of Texas Medical Branch at Galveston. *Online housestaff manual* 1996 - 1997. Galveston, TX, 1996-1997.
 67. Pence DM, Wilson CA. *Reporting and investigating child sexual abuse.* *Future Child* 1993;4(2):70-83.
 68. Flaherty EG, Weiss H. *Medical evaluation of abused and neglected children.* *American Journal of Diseases of Children* 1990;144: 330-34.
 69. Kerns DL, Terman DL, Larson CS. *The role of physicians in reporting and evaluating child sexual abuse cases.* *Future Child* 1994;4(2):119-34.
 70. Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario et Bureau du coroner en chef. *Groupe de travail sur la mortalité juvénile en Ontario rapport final.* Édition spéciale du Journal, juillet 1997.
 71. Giovannoni JM, Becerra RM. *Defining child abuse.* New York : The Free Press, 1979.
 72. Warner JE, Hansen DJ. *The identification and reporting of physical abuse by physicians: a review and implications for research.* *Child Abuse and Neglect* 1994;18:11-25.
 73. Johnson CF. *Inflicted injury versus accidental injury.* *Pediatric Clinics of North America* 1990;37:791-814.
 74. Thomas SA, Rosenfeld N.S., Leventhal JM et coll. *Long-bone fractures in young children: distinguishing accidental injuries from child abuse.* *Pediatrics* 1991;88:471-76.
 75. Reece RM. *Unusual manifestations of child abuse.* *Pediatric Clinics of North America* 1990;37:905-21.
 76. McGuire TL, Feldman KW. *Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy.* *Pediatrics* 1989;83:289-92.

77. Rosenberg DA. *Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy*. *Child Abuse and Neglect* 1987;11:547-63.
78. Altieri MF. *Child abuse: when to be suspicious and what to do then*. *Postgraduate Medicine* 1990;87:161-62.
79. American Academy of Pediatricians. *Child abuse reporting improvements*. Communiqué de presse, 19 septembre 1996.
80. Frasier L.D. *The pediatrician's role in child abuse interviewing*. *Pediatric Annual* 1997;26:306-11.
81. Marine EC, Schaffer S. *Child abuse reports: a catch 22*. The American Professional Agency (document sur Internet).
82. Resnick PJ, Scott CL. *Legal issues in treating perpetrators and victims of violence*. *Psychiatric Clinics of North America* 1997;20:473-87.
83. Fuhr JC. *The health care provider's duty to report child abuse in Virginia*. *Virginia Medical Quarterly* 1997;124(2).
84. Zigler E, Hall NW. *Physical child abuse in America: past, present, and future*. Dans : Cicchetti D, Carlson V, éd. *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York : Cambridge University Press, 1989.
85. *Kasonde jurors make detailed recommendations: child protection in Ontario received six weeks of close scrutiny*. *Ottawa Citizen* 1997;25 juin: B2.
86. Hallett S. *Criminal prosecution for abuse and neglect*. Dans : Bala N, Hornick JP, Vogl R, éd. *Canadian child welfare law*. Toronto : Thompson Educational Publishing, Inc., 1991.
87. Bailey M. *The failure of physicians to report child abuse*. Analyse faite par la Faculty of Law de l'Université de Toronto 1982;40:9.
88. *Lois sur la protection de l'enfance (traduction non officielle)*, L.A. 1984, (mod. par les L.A. 1996, c. C-7.3, a. 24(14) (b)) c. C-81, par. 3, 94(4).
89. *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, L.R.O. 1990, c. C.11, par. 72, 75 - 77, 85.
90. *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, L.M. 1985 - 1986 (mod. par les L.M. 1987, c. 68, a. 1) c. 8, par. 18, 18.1 - 18.4, 19, 19.1 - 19.5; *Loi sur les poursuites sommaires*, a. 4.
91. *Loi sur les services à la famille*, L.N.-B. 1980, c. F-2.2 (mod. en 1997, c. 2, a. 4) a. 30.
92. *Loi sur les services aux enfants et aux familles (traduction non officielle)*, L.N.-É. 1990, c. 5 (mod. par les L.N.-É. 1996, c. 10, a. 9), par. 23, 24, 25, 62 - 66.
93. *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q. 1977, c. P-34.1, par. 27, 39, 134.
94. *R. c. Strachula* (1984), 40 R.F.L. (2d) 184, à 188 (cour provinciale de l'Ontario).
95. *R. c. Lee et Hipwell*, 22 avril 1987, cour provinciale de l'Ontario, par le juge Coulson
96. *Permis suspendu d'un médecin de Belleville*. *Kingston Whig Standard*, 11 octobre 1990.
97. *R. c. Strachula* (1984), 40 R.F.L. (2d) à 4 (cour provinciale de l'Ontario).
98. *R. c. Rachalkar*, [1995] O.J. 653 (Division générale).
99. *R. c. Kates*, [1987] O.J. 2032 (Cour de district).
100. *R. c. Cook* (1984), 46 R.F.L. (2d) 174 (Cour d'appel de l'Ontario), aff. 37 R.F.L. (2d) 93 (Division provinciale de l'Ontario).
101. *R. c. Gruenke* (1991), 8 C.R. (4^e) 368 (S.C.C.).
102. *Loi de l'enfance*, L.R.Y. 1986, c. 22, a. 115.
103. *Société de l'aide à l'enfance de Hamilton Wentworth c. M. (T.)* (1995), 30 R.F.L. (4^e) 213 (Division générale).
104. *Commissaire aux plaintes contre la police c. Dunlop* (1995), 26 O.R. (3d) 582 (Division générale).
105. MacKenzie G. *Lawyers and ethics: professional responsibility and disciplines*. Scarborough, ON : Carswell; 1993 :3-14.
106. Stuart N. *Child abuse reporting: a challenge to attorney-client confidentiality*. *Georgetown J.L. Ethics* 1987 - 1988;1:243.
107. *Dans l'affaire Cameron*, [1976] 5 W.W.R. 271, 27 R.F.L. 205 (cour provinciale de la Colombie-Britannique).
108. Barreau du Haut-Canada. *Rapport du Sous-comité sur la représentation des enfants*. XXX, 1981.
109. *Loi sur la protection de l'enfance (traduction non officielle)*, L.R.T.-N. 1990, (mod. par les L.T.-N. 1992, c. 48, a. 5 et L.T.-N. 1992, c. 57, a. 1) c. C-12, a. 38.
110. *Loi sur la statistique*, S.R.C. 1985, c. S-19.

111. *D. c. National Society for the Prevention of Cruelty to Children*, [1977] 1 All E.R. 589 (H.L.).
112. *Dans l'affaire d'un enfant en bas âge* (1981), 32 B.C.L.R. 20 (S.C.).
113. *Cazzolino c. Ciancio*, [1990] B.C.J. 1451 (S.C.).
114. *Sullivan c. Eastchester Union Free School District*, 517 N.Y.S. 2d 197 (A.D. 2 Dept. 1987).
115. *Voepel c. Cardinal Glennon Hospital*, 743 S.W. 2d 600 (Mo. App. 1988).
116. *Gross c. Myers*, 748 P. 459 (Mont. 1987).
117. *Satler c. Larsen*, 520 N.Y.S. 2d 378 (A.D. 1 Dept. 1987).
118. *F.A. c. W.I.F.*, 21 F.L.R. 1333 (N.J. Super. Ct. App. Div. 1995).
119. *Besharov D. Child abuse and neglect: liability for failing to report* (août 1986), 22 Trial 67 - 72, à 71.
120. *L.C.G. c. V.M.C.*, [1996] 1 W.W.R. 746 [1996] B.C.J. 1585 (S.C.).
121. *R.G. c. Christison*, (1996), 25 R.F.L. (4^e) 51 (Sask. Q.B.).
122. *Landeross c. Flood*, 551 P 2d 389 (Cal. 1976).
123. *O Keefe c. Osorio*, 27 ATLA L. Rep. 392 (III. 1984).
124. *Brown & Truit. Civil liability in child abuse cases* (1978), 54 Chicago-Kent L. Rev. 753.
125. *Brown c. University of Alberta Hospital*, [1997] A.J. 298 (Q.B.).
126. *Dans l'affaire de Hipwell et Lee*, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, comité de discipline, octobre 1990, p. 2.
127. *Bala N. Ontario child abuse register review*. Toronto : Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 1988.
128. *Dans l'affaire de Ridley c. Société de l'aide à l'enfance du comté de Hastings* (1981) 8 A.C.W.S. (2d) 0580 (Cour de secteur de l'Ontario).
129. *Loi sur les services à l'enfance, à la famille et à la communauté (traduction non officielle)*, L.R.C.-B. 1996, c. 46, par. 14.
130. *Loi sur les services à l'enfance et à la famille (traduction non officielle)*, L.R.Î.-P.-É. 1988, c. F-2, par. 14, 49.
131. *Loi sur les services à l'enfance et à la famille (traduction non officielle)*, L.S. 1989 - 1990, c. C-7.2 (mod. par les L.S. 1996, c. 11, a. 2), par. 2 et 81(2) e).
132. *Loi sur la protection de l'enfance*, L.R.T.N.-O., c. C-3 (mod. par les L.R.T.N.-O. 1988, c. 71 (Supp.) a. 5), par. 30, 30.1, 115.