

Université d'Ottawa

De la victimisation à la résilience :
L'intervention du TS en milieu pédiatrique hospitalier intervenant auprès de
familles aux prises avec des situations de violence familiale

par

Johanne Colas
École de service social

Mémoire de recherche présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en service social

Directrice de mémoire
Sonia Ben Soltane

© Septembre 2018

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PHÉNOMÈNE DE LA VIOLENCE FAMILIALE.....	6
1.1 Qu'est-ce que la violence familiale faite aux enfants ?	6
1.1.1 Violence physique	10
1.1.2 Violence sexuelle	10
1.1.3 Violence psychologique	11
1.1.4 Négligence.....	11
1.2 Ampleur de la problématique	12
1.3 Facteurs de risque	14
1.4 Les angles morts dans la compréhension de la violence à l'encontre des enfants ...	17
1.5 Comparaison de l'ECI avec l'étude d'incidence au Québec (EIQ)	19
1.5.1 Avantages et limites de l'EIQ (1998 et 2008).....	20
1.6 Historique de la loi de la protection de l'enfance	22
1.6.1 Historique de la Loi de la protection de l'enfance en Ontario	24
1.6.2 Historique de la Loi de la protection de la jeunesse au Québec.....	26
CHAPITRE 2 REVUE DE LITTÉRATURE.....	31
2.1 Violence structurelle À la base des instances de lutte contre la violence.....	31

2.2	Enjeux pour le travailleur social en protection de la jeunesse.....	33
2.3	Pistes de solutions.....	34
2.4	Institutionnalisation : « modèle hospitalier », Origine du travailleur social en milieu hospitalier	36
2.5	Temps présent : Description du rôle du travailleur social en milieu hospitalier	37
2.6	Enjeux de la pratique de travail social en milieu hospitalier	39
2.7	Question d'éthique.....	41
CHAPITRE 3		
	CADRE THÉORIQUE	43
3.1	Praxéologie	43
3.2	Fondements de la Praxéologie	45
CHAPITRE 4		
	CADRE MÉTHODOLOGIQUE : OBSERVER DE L'INTÉRIEUR : POURQUOI L'AUTO-ETHNOGRAPHIE ?	48
4.1	Description de l'auto-ethnographie	48
4.2	Objectifs de l'auto-ethnographie	50
4.3	Processus de la collecte de données.....	52
4.4	limites de la méthodologie d'auto-ethnographie	53
4.5	Considérations éthiques	54
CHAPITRE 5		
	DESCRIPTION DU TERRAIN DE RECHERCHE LE CENTRE HOSPITALIER DE L'EST DE L'ONTARIO (CHEO).....	55
5.1	Mission	55
5.2	Mandat	56

5.3 Description de la Division de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse au CHEO	57
5.3.1 Mission	57
5.4 Comité de révision des dossiers.....	59
5.4.1 Mandat.....	59
5.5 Objectifs de la division de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse au CHEO	60
5.6 Rôle du travailleur social de la division de la clinique de protection des enfants et adolescents	61
5.7 Journée type	63
CHAPITRE 6	
RÉSULTATS ET ANALYSE	64
6.1 Cas des jumeaux : évaluer, intervenir, et faire le suivi.....	65
6.2 Approche plus holistique pour les cas de maltraitance.....	72
6.2.1 Un appel à l'aide	72
6.3 Manque de perfectionnement d'expertise.....	75
6.3.1 À quoi ressemble la négligence... ?	75
6.4 Je suis gestionnaire des dossiers	82
6.4.1 Je siège sur le comité de révision	82
6.5 le risque d'épuisement professionnel.....	84
CHAPITRE 7	
DISCUSSION	87
7.1 Pistes de renouvellement de l'intervention du rôle du travailleur social en protection dans le milieu hospitalier	87
7.2 Recommandations.....	89

CONCLUSION.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	100
ANNEXE I - IMPACTS INDIRECTS DU STRESS	111

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Déclaration de cas de protection d'enfants par région.....	58
Figure 2 : Visites complétées	63

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes à qui je tiens à témoigner toute ma reconnaissance.

Tout d'abord, je voudrais exprimer ma gratitude à ma directrice de mémoire, madame Sonia Ben Soltane. Je la remercie pour sa patience, ses nombreux conseils, son encadrement et surtout pour avoir contribué à guider mes réflexions.

Je désire adresser mes sincères remerciements à ma très chère famille pour m'avoir encouragée et m'avoir donné la chance d'entreprendre ce projet... Sans eux, je n'en serais pas là.

Je tiens également à remercier spécialement mes parents, Jacques-Pierre et Marie-Hélène Colas, qui ont toujours été là pour moi et qui m'ont donné un merveilleux modèle sur l'importance de l'éducation et de la persévérance.

Je veux aussi remercier mes enfants, ma nièce et son conjoint et plus spécialement mes sœurs, qui ont toujours été là pour moi, pour leur soutien inconditionnel et leur encouragement. Je leur dois toute ma reconnaissance et mon attachement.

Enfin, un grand merci à mon conjoint, Didier Jean-Michel, qui a toujours cru en moi, pour sa patience, son support et ses encouragements quotidiens.

RÉSUMÉ

La violence familiale à l'égard des enfants mérite notre attention. D'ailleurs, les recherches démontrent son impact à long terme sur les familles, les enfants et les générations futures. Ce mémoire tente donc de dresser un portrait de la problématique de la violence familiale à l'égard des enfants en mettant de l'avant les plus récentes recherches de l'Adverse Childhood Experience (ACE) et l'incidence canadienne et québécoise des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI). Nous y retrouvons un recensement des écrits sur les enjeux de l'identité professionnelle du travailleur social (TS) en milieu hospitalier et de protection, le système patriarcal du système de protection, la notion de partage de pouvoir ainsi que l'importance de travailler en collaboration. À l'aide de l'approche auto-ethnographique, je me propose de mettre en avant le rôle du travailleur social en milieu hospitalier de la division de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse dans le but d'amener une autoréflexion et des pistes de renouvellement de son intervention auprès des familles vivant de la violence familiale.

Mots clés : Travail social en milieu hospitalier, protection de la jeunesse, violence familiale, protection de l'enfance, intervention du travailleur social

Note : Dans ce mémoire, le masculin englobe les deux genres et est utilisé pour alléger le texte.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Adverse Childhood Experience
CAE	Centre d'appui aux enfants
CAEJ	Centre d'appui aux enfants et à la jeunesse
CHEO	Centre hospitalier de l'Est de l'Ontario
CYAC	Child and Youth Advocacy Center
CSO	Comité Sida Ottawa
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ECI	Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants
EIQ	Étude d'incidence québécoise des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
SAE	Société d'aide à l'enfance
TS	Travailleur social
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

La violence familiale à l'égard des enfants est aujourd'hui une notion qui mérite notre attention. Ce mémoire de recherche se propose de faire la lumière sur ce sujet très sensible, qui peut amener une stigmatisation sociale pour ceux qui la subissent et pour ceux qui la font subir. Malgré tout, on ne parle pas de la violence à l'égard des enfants assez ouvertement, même si un changement social de sensibilisation tente de démystifier son impact sur l'incidence de la santé et ses conséquences sur l'individu et sur la société à l'échelle mondiale (Organisation mondiale de la santé, 2016). Des recherches récentes montrent que la violence familiale a un impact direct et indirect (voir annexe I) sur toutes les sphères de la vie des individus mais surtout au niveau de l'exposition au stress pouvant un impact sur leurs relations sociales (Agence de la santé publique du Canada, 2016).

La recherche documente aussi l'existence d'un lien direct entre les expériences négatives de l'enfance et la santé à l'âge adulte (Felliti, 2017). Une étude majeure initiée aux États-Unis (*Adverse Childhood Adversities*) démontre l'impact de la violence à long terme aux niveaux social, médical et économique et comment ces expériences peuvent influencer les générations futures. Cette étude, qui a changé la manière de penser la violence à l'égard des enfants, « ... documente la conversion des expériences émotionnelles traumatiques de l'enfance en maladie organique ultérieure dans la vie » (Felliti, 2017, p. 1). Elle démontre que l'impact direct sur la santé mentale des enfants

ayant subi un traumatisme à l'enfance amène des problèmes de santé chroniques, un faible potentiel de vie et une mort prématurée à l'âge adulte (Centers for Disease Control and Prevention, 2017).

Cette problématique a aussi un impact majeur sur l'économie puisqu'elle contribue à engorger le système de santé et amène à se questionner sur les pistes de prévention qui pourraient avoir un impact sur les générations futures.

Le 19 avril 2018, un fait majeur a marqué l'espace public, « La petite Rosalie Gagnon aurait vécu l'horreur, mutilée par plus d'une dizaine de coups de couteau, avant d'être abandonnée dans la poubelle du secteur Charlesbourg où elle a été retrouvée mercredi. Sa mère, principale suspecte, a comparu jeudi, mais aucune accusation de meurtre n'a été portée dans cette affaire pour l'instant. » (Biron, 2018)

Les voisins auraient entendu un homme crier à la petite Rosalie... comment ceci a-t-il pu arriver ? Comment ce drame aurait-il pu être évité ? La mère avec son bébé, était à la vue de tout le monde, où étaient les services de protection ? Les services communautaires ? Les intervenants sociaux et médicaux ? Où était la famille ? À qui la faute ? Il y a plein de Rosalies dans la vie de tous les jours qui finissent par visiter les cliniques de protection des enfants et de la jeunesse comme celle au CHEO (Ottawa), mais comment peut-on éviter des cas comme celui de Rosalie ?

Ma réflexion sur des cas graves comme celui de Rosalie et aussi de cette mère qui a allaité son bébé de sept semaines après avoir consommé de la drogue et s'être endormie (Berthiaume, 2018), m'ont amenée à me poser ces questions. Je me suis demandé

comment je pourrai faire une différence en pratiquant mon rôle de travailleuse sociale à la division de la protection des enfants et de la jeunesse du Centre hospitalier de l'Est de l'Ontario (CHEO). Je voulais faire la lumière sur ce rôle, celui du travailleur social en milieu hospitalier, qui reste peu connu, mais qui a une importance primordiale. Lorsque je vois des mères avec des difficultés, lorsque je vois des Rosalies, comment puis-je faire une différence et ne pas être perçue comme seulement une évaluatrice psychosociale de plus dans le processus d'évaluation médicale?

Ce mémoire se veut une réflexion auto-ethnographique de mes expériences sur le terrain en tant que travailleuse sociale de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse au CHEO et selon ma perception des enjeux, défis et pistes de renouvellement. C'est pourquoi, en demeurant fidèle à ma réflexion, je l'énonce à la première voix à travers une approche auto-ethnographique ce mémoire sera donc rédigé à la première personne. J'ai eu la possibilité d'acquérir une expérience substantielle de première ligne en matière de violence faite aux enfants lors de mes interventions en tant que travailleuse de protection pendant cinq ans à la Société d'Aide à l'Enfance à Ottawa (SAE) où j'ai eu l'occasion de travailler dans un cadre légal avec de nombreuses familles aux prises avec la violence familiale faites aux enfants. Je peux ainsi témoigner des défis et enjeux du rôle du travailleur de protection. À ce jour, je poursuis ce travail dans un cadre institutionnel au CHEO, tout en ayant des collaborations interprofessionnelles avec la police, des intervenants communautaires et différents travailleurs de protection. Le mandat du rôle du travailleur social en milieu hospitalier étant très différent dans ce

type de clinique, l'intervention n'est pas aussi claire parce que ce rôle est peu connu et unique à chaque centre hospitalier pédiatrique.

Mes expériences dans le domaine m'ont amenée à me poser les questions suivantes :
Quelle est l'intervention du travailleur social (TS) en milieu pédiatrique hospitalier intervenant auprès de familles aux prises avec des situations de violence familiale ?
Peut-on travailler en collaboration avec la SAE ou sommes-nous, travailleurs sociaux hospitaliers, aussi perçus comme une menace par les familles ? Comment peut-on faire une différence pour changer la trajectoire de ces enfants qui sont déjà désavantagés dans la vie et amener des changements positifs auprès de leurs parents ? D'où l'idée de de mon travail : « De la victimisation à la résilience... ». Enfin, suis-je une alliée pour les familles que je rencontre dans ma pratique ?

Ces questionnements occupent une grande place dans mes réflexions sur la manière dont je performe comme travailleuse sociale à la division de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse du CHEO et toutes les fois où je fais face à des cas difficiles.

Je tenterai d'apporter une réflexion critique à ces questions en définissant, dans les grandes lignes, la problématique en en apportant des faits saillants, en décrivant le cadre légal de la SAE et de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), en déterminant le rôle des travailleurs de protection et des travailleurs sociaux en milieu hospitalier et, finalement, en me penchant sur la description de mon rôle en pédiatrie en collaboration directe avec la SAE à la clinique de protection des enfants et de la jeunesse du CHEO.

Je me pencherai sur ce modèle, en me basant sur mes expériences sur le terrain et je ferai une analyse et une réflexion du modèle existant en proposant des pistes de réflexion, tout en abordant les limites et les avantages d'explorer d'autres modèles qui ont fait leur preuve, tels que les modèles du Child and Youth Advocacy Center (CYAC), en Ontario et du Centre d'expertise Marie-Vincent à Montréal.

Ce mémoire de recherche est divisé en sept chapitres. Le premier intitulé, Phénomène de la violence familiale, présente une description de la problématique de la violence familiale à l'égard des enfants. Le deuxième chapitre se consacre à la revue de littérature. Le troisième aborde le cadre théorique et le quatrième, la méthodologie auto-ethnographique. Par la suite, le cinquième chapitre se veut une description exhaustive du CHEO et du rôle du travailleur social. Quant au sixième chapitre, on y retrouve les résultats et l'analyse. Finalement, le septième chapitre élabore des pistes de renouvellement.

CHAPITRE 1

PHÉNOMÈNE DE LA VIOLENCE FAMILIALE

Dans ce chapitre, je définirai le phénomène de la violence familiale sous plusieurs angles, puisqu'il suscite beaucoup d'intérêt dans le milieu de la santé et des services sociaux. Comme plusieurs programmes sont mis en place dans le but d'intervenir de façon préventive, il est important de comprendre le phénomène, son ampleur et ses conséquences avant d'intervenir. À cette fin, je me baserai sur les données de l'étude canadienne sur l'incidence (ECI) des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, dirigée par Nico Trocmé (2008) qui regroupe les 13 provinces et territoires. La deuxième partie sera concentrée à l'historique de la Loi de la protection de l'enfance en Ontario et au Québec. Enfin, je décrirai les formes de violence familiale : la violence physique, sexuelle, psychologique, et la négligence.

1.1 QU'EST-CE QUE LA VIOLENCE FAMILIALE FAITE AUX ENFANTS ?

Il est primordial de définir ce qu'est la violence familiale à l'égard des enfants pour en déterminer les concepts centraux. Ce qu'il faut noter, c'est que l'expertise sur ces questions est éparpillée dans plusieurs champs de la société : santé, éducation, système judiciaire et économie. Pour l'essentiel, c'est une littérature qui permet de définir et de situer les concepts principaux. Mais tout d'abord, il faut définir la violence. Selon Galtung, les phénomènes regroupés sous ce terme posséderaient un trait commun

fondamental qui serait la destruction ou sur un plan plus abstrait, « quelque chose d'évitable qui fait obstacle à l'épanouissement de l'être humain » (Clarkson, 1994, p. 11). C'est-à-dire qui le brime dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux, depuis les besoins élémentaires de survie jusqu'aux relations sociales et à l'épanouissement personnel. La définition de la violence recoupe plusieurs aspects. En effet, et d'après l'Agence de la santé publique du Canada (2016, p. 5) : « la violence familiale comprend la violence, les mauvais traitements, les conflits malsains ou la négligence par un membre de la famille à l'égard d'un autre membre de la famille qui risque d'entraîner un mauvais état de santé » (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott et Vos, 2012).

La violence faite aux enfants se distingue par la manifestation d'un ensemble de comportements plutôt que par un incident isolé. Contrairement aux idées préconçues, « la grande majorité des agresseurs d'enfants sont des parents, des membres de la famille ou des adultes en qui les enfants ont confiance et non pas des étrangers » (Gendarmerie royale du Canada, 2016). L'Institut de la statistique du Québec (2012) adopte une analyse analogue de la violence faite aux enfants; il en analyse les facteurs de risque, et considère que ce sont les attitudes parentales et les pratiques familiales qui rendent propices la violence familiale faite aux enfants, et en décrit les conséquences tout au long de leur vie. Ces conséquences touchent notamment les sphères physique, mentale, sociale et de développement, incluant le risque de suicide, de toxicomanie, d'anxiété, de dépression et des problèmes de santé (Potter, Nasserie et Tonmyr, 2015).

Il paraît donc primordial d'accorder une attention particulière à cette violence, parce qu'elle a des implications sur toutes les sphères de la vie de l'enfant (même une fois devenu adulte), y compris sur notre participation à la société.

L'étude de l'Adverse Childhood Experiences (ACE) dans l'enfance est un projet de recherche majeur aux États-Unis qui questionne la probabilité que les événements de l'enfance affectent la santé à l'âge adulte et plusieurs décennies après. L'étude de l'ACE révèle une puissante relation entre les expériences émotionnelles à l'enfance et la santé physique et mentale à l'âge adulte, ainsi qu'avec les principales causes de mortalité aux États Unis. L'étude documente aussi la conversion des expériences émotionnelles traumatiques de l'enfance en maladies organiques ultérieures dans la vie. (Finkelhor et *al.*, 2015)

Les concepts centraux présentés dans cette section, se limiteront à la définition des formes de violence familiale rapportées par l'ECI : Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

Pour en situer l'importance il faut comprendre que « L'ECI est la première étude d'envergure nationale qui porte sur l'incidence de la maltraitance d'enfants au Canada » (Albert et Hébert, 2013). Elle permet de recueillir des données sur les enquêtes pour maltraitance d'enfants menées par les intervenants en protection de l'enfance à l'échelle du Canada ainsi que sur les questions de santé et les enjeux socioéconomiques auxquels sont confrontés les enfants et leurs pourvoyeurs de soins. La collecte de données de

l'ECI a débuté en 1998 et s'est poursuivie jusqu'en 2003 et 2008. Cette étude a permis de confirmer que certaines catégories de maltraitance étaient insuffisamment étudiées, telles que l'exposition des enfants à différentes formes de violence comme la violence conjugale, la négligence et la violence psychologique. Cette recherche, a promu une prise de conscience de l'importance accrue de l'incidence et de la prise en compte de ces types de violence ainsi que des changements au niveau des marqueurs de risque lors des interventions des travailleurs de protection. Elle a aussi permis d'accorder une attention particulière aux facteurs spécifiques touchant certains groupes sociaux, notamment les enfants autochtones. De plus, l'étude a aussi permis de mieux comprendre les mécanismes internes de ces violences, et de prouver que la violence psychologique est généralement associée à d'autres formes de maltraitance et que les cas corroborés de violence psychologique sont associés à des répercussions émotionnelles plus graves que celles constatées avec les autres formes de maltraitance (Potter, Nasserie et Tonmyr, 2015.)

L'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (2008) constitue le troisième cycle de surveillance qui a débuté en 1998. L'ECI (Ugnat et Dudding, 2008) fournit des données nationales. Il s'agit là d'une réalisation de taille qui est importante pour de nombreuses raisons. L'ECI (Ugnat et Dudding, 2008) est un exemple exceptionnel de collecte de données grandement pertinentes sur un aspect décisif du développement de l'enfant :

Elle permet aux Canadiens, aux gouvernements et aux organismes de prendre des décisions éclairées sur les meilleures politiques et les programmes les plus appropriés pour les enfants et leurs familles. Les résultats contribuent à discuter ouvertement des préoccupations relatives à la protection des enfants afin de

comprendre les meilleures façons de prévenir la maltraitance des enfants, d'intervenir ainsi que de faire en sorte qu'elle disparaisse. (Ugnat et Dudding, 2008, p. 5)

1.1.1 Violence physique

La violence physique équivaut à appliquer délibérément, sur n'importe quelle partie du corps d'un enfant, une force qui provoque ou qui peut provoquer une blessure non accidentelle (Ugnat et Dudding, 2008). Dans cette catégorie, on peut inclure le fait de secouer, d'étouffer, de mordre, de frapper à coups de pied, de brûler ou d'empoisonner un enfant, de le maintenir sous l'eau et toutes les autres formes dangereuses ou préjudiciables de recours à la force ou à la contrainte. Le plus souvent, la violence physique à l'égard des enfants est associée à un châtiment corporel ou est confondue avec des mesures de discipline (Ugnat et Dudding, 2008). Cette forme de violence peut être engendrée par plusieurs facteurs de risque, tels que le manque de ressources, l'isolement, la pauvreté, la santé mentale, la toxicomanie et le manque de capacité parentale (Clarkson, 1994).

1.1.2 Violence sexuelle

La violence sexuelle survient lorsqu'un adulte ou un adolescent se sert d'un enfant à des fins sexuelles. Cette forme d'abus inclut les caresses, les relations sexuelles, l'inceste, la sodomie, l'exhibitionnisme et l'exploitation commerciale sous forme d'incitation à la prostitution ou de production de matériel pornographique. Les attouchements des organes génitaux sont la forme la plus courante d'abus sexuel à l'égard des enfants (Ugnat et Dudding, 2008).

1.1.3 Violence psychologique

La violence psychologique englobe des actes ou des omissions, de la part des parents ou des personnes chargées de prendre soin de l'enfant, qui causent ou qui pourraient causer de sérieux troubles comportementaux, cognitifs, émotionnels ou mentaux. Elle peut inclure les menaces verbales, l'isolement social, l'intimidation, l'exploitation, le fait de terroriser un enfant ou le fait d'avoir couramment des exigences déraisonnables à son endroit. La forme la plus courante de ce type de violence reste cependant l'exposition à la violence conjugale (Ugnat et Dudding, 2008).

1.1.4 Négligence

Il y a négligence lorsque les parents ou les personnes chargées de prendre soin d'un enfant ne lui donnent pas l'attention nécessaire pour assurer son développement émotionnel, psychologique ou physique. Contrairement à la violence physique, psychologique et sexuelle, habituellement rattachée à des incidents spécifiques, la négligence met souvent en cause des situations chroniques qui ne sont pas aussi faciles à identifier et à corroborer (Ugnat et Dudding, 2008). Par exemple, un enfant qui ne reçoit pas un support émotionnel à la maison, n'habite pas dans un environnement propice au développement, le manque de nourriture, de soins dentaires et d'hygiène peuvent être des exemples de négligence.

À la suite de la définition des principaux concepts de violence familiale à l'égard des enfants avec lesquels j'interviens au CHEO, il est important de comprendre l'ampleur de ce phénomène social pour pouvoir intervenir de manière positive sur la trajectoire de

l'enfant, qui aura certes une incidence sur les générations futures. Le point suivant mettra en lumière l'ampleur de cette problématique.

1.2 AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE

L'ampleur de cette problématique est une priorité à l'échelle mondiale (Statistique Canada, 2016).

En 2010, il y a eu 18 710 enfants et jeunes Canadiens de 17 ans et moins qui ont été victimes d'affaires de violence déclarées par la police. Cela représente environ le quart des crimes violents commis à l'endroit des enfants et des jeunes. Selon les données déclarées par la police canadienne enquêtant les cas de maltraitance pour l'année 2010, il y a eu près de 99 000 victimes de violence familiale, ce qui représente le quart (25 %) des victimes de crimes violents. Ces victimes de violence familiale étaient des conjoints ou conjointes (49 %) ou d'autres membres de la famille, comme des enfants, des parents, des frères et sœurs et des membres de la famille élargie (51 %), dans des proportions presque égales. (Statistique Canada, 2012)

Près du tiers des voies de fait et des infractions sexuelles à l'endroit des enfants et des jeunes sont commises par un membre de la famille. En 2009, la police canadienne a indiqué que près de 55 000 enfants et jeunes âgés de 0 à 17 ans ont été victimes de voies de fait ou d'une infraction sexuelle. Parmi ceux-ci, environ trois enfants et jeunes sur 10, soit près de 15 000 enfants et jeunes, ont été victimes d'une agression par un membre de leur propre famille. Une proportion supplémentaire d'enfants et de jeunes (54 %) ont été victimes de violence de la part d'un ami ou d'une connaissance et 15 % par un étranger.

Ces résultats viennent confirmer ce que des documents internationaux ont avancé : la majorité des actes violents commis à l'endroit des enfants et des jeunes sont perpétrés

par des individus qui font partie de l'environnement immédiat de la victime (Statistique Canada, 2012).

La violence familiale faite aux enfants est plus fréquente à l'endroit des filles (338 victimes pour 100 000 filles par rapport à 212 victimes pour 100 000 garçons). Le taux plus élevé pour les filles, surtout à mesure qu'elles vieillissent, est leur risque plus grand d'être victimes de violence sexuelle. En effet, les filles étaient plus de quatre fois plus susceptibles que les garçons d'être victimes d'agressions sexuelles ou d'autres infractions sexuelles commises par un membre de leur famille (134 victimes pour 100 000 filles par rapport à 30 victimes pour 100 000 garçons) (Statistique Canada, 2012). Il est important d'ajouter que, malgré les sources qui indiquent que les filles sont plus à risque de subir des abus sexuels, il y a une conscience que les abus sexuels à l'endroit des victimes de sexe masculin sont sous-déclarés (Tonmyr et Gonzalez, 2015).

L'ECI (2008) a recueilli également des données sur l'ascendance de la population autochtone afin de mieux comprendre les facteurs qui font que les enfants autochtones requièrent l'intervention du système de protection de l'enfance; ceux-ci sont considérés comme un groupe-clé en raison de leur surreprésentation dans les familles d'accueil (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Breton, A., 2011)

La population autochtone se retrouve plus souvent dans les statistiques comme victime de violence durant l'enfance, qui est un facteur prédictif d'une plus grande probabilité d'être victime de violence conjugale à l'âge adulte. Les personnes s'étant déclarées autochtones étaient aussi plus susceptibles que les non-autochtones d'affirmer avoir été

témoins d'actes violents commis par un parent, un beau-père, une belle-mère ou un tuteur durant l'enfance (Statistique Canada, Dufour *et al.*, 2012).

Il est clair que l'étude doit tenir compte du contexte historique, social et culturel des populations autochtones et de leur relation avec les sociétés canadienne et québécoise (Clarkson, 1994). En raison, du manque de ressources dans la population autochtone et l'ensemble des injustices sociales reconnues à leur égard, il est important de comprendre pourquoi ils sont surreprésentés dans les cas de violence familiale faites aux enfants et dans les familles d'accueil, mais aussi de prendre en considération la façon dont les données sont recueillies.

Dans le rapport de la Santé publique sur la violence familiale au Canada, publié en 2016, on note que près de neuf millions de Canadiens (environ un sur trois) affirment avoir été victimes de mauvais traitements avant l'âge de 15 ou 16 ans, mais les statistiques démontrent que les formes graves de violence familiale à l'égard des enfants diminuent au Canada. Sur une note plus positive, les données laissent aussi croire qu'il est possible de prévenir la violence familiale, d'en inverser ou d'en atténuer son incidence et même que certaines personnes sont résilientes à ses effets (Agence de la Santé publique du Canada, 2016). Chaque incidence doit être considérée comme du cas par cas, d'où l'importance de comprendre les effets néfastes et de savoir comment intervenir.

1.3 FACTEURS DE RISQUE

Plusieurs facteurs de risque existent, dont entre autres, l'ethnicité, qui est un facteur important devant être pris en considération. Il existe une littérature naissante qui

documente l'exposition des populations autochtones à un risque plus accru. Selon Bopp,

Bopp et Lane (2003, p. 62) et concernant la population autochtone :

la violence familiale et l'abus chez la population autochtone sont un syndrome social multifactoriel, et non simplement un comportement indésirable, c'est un phénomène qui s'insère dans le cadre des relations interpersonnelles, intrafamiliales et communautaires, de même que dans celui de la dynamique sociale et politique de la population autochtone comme un régime de domination qu'une personne établit et impose à une ou à plus d'une personne par la violence, la peur et toute une diversité de stratégies d'intimidation, de coercition et une manifestation n'étant pas habituellement d'une fréquence ou d'un mode de comportement particulier, isolé, mais prenant, la plupart du temps sa source dans le cycle intergénérationnel de la violence et de l'abus; comportement presque toujours associé au besoin d'une démarche de guérison axée sur le traitement de traumatisme(s). C'est un syndrome généralisé (collectif) dont les causes profondes proviennent des antécédents historiques de la population autochtones qu'il faut bien comprendre pour être en mesure de redonnera la famille autochtone son intégrité, de restaurer un climat de confiance, de sécurité et de rétablir la vie communautaire.

Un autre facteur identifié est celui de l'âge. Les familles avec de jeunes mères sont associées à une exposition à un plus grand nombre de facteurs de risque liés aux mauvais traitements envers les enfants et à un plus grand besoin d'intervention des services de protection de l'enfance. Elles sont également plus nombreuses à présenter des facteurs de risque modifiables comme l'isolement social, à bénéficier de l'aide sociale, à avoir été placées dans un foyer de groupe durant leur enfance, à souffrir d'alcoolisme ou de toxicomanie et de troubles cognitifs. (Hovdestad, Shields, Williams et Tonmyr, 2015). Les enquêtes pour négligence et sur la violence psychologique sont plus fréquentes dans les familles avec une mère jeune que dans les familles avec une mère de 22 ans et plus (Hovdestad, Shields, Williams et Tonmyr, 2015).

En plus d'avoir des effets importants et durables sur la santé la violence est susceptible de toucher les personnes vulnérables, marginalisées ou marquées par des inégalités. Voilà pourquoi c'est important de s'y intéresser. Dans le cas de la violence à l'égard des enfants, l'incidence sur la santé se manifeste sur leur développement immédiat et futur; elle a des répercussions sur leur développement durant l'enfance et entraîne la prise en charge de l'État sur les situations identifiées comme dangereuses par les services de protection.

Les études les plus récentes sur le sujet et sur l'identification de l'ampleur de cette problématique tentent d'offrir des facteurs protecteurs aux familles et des outils tangibles aux travailleurs de protection pour mieux les identifier et ainsi mieux supporter les familles (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Bouchard *et al.*, 1994; Institut de la statistique du Québec, 2012).

La présentation de l'ampleur de la violence familiale à l'encontre des enfants et des facteurs aggravants met avant la nécessité d'agir sur la prévention. À ce titre et bien que la prévention secondaire et tertiaire s'avère actuellement indispensable, l'intervention doit viser, comme but ultime, à prévenir l'apparition de toute forme de violence familiale à l'égard des enfants (Clarkson, 1994; Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards et Koss, 1998).

1.4 LES ANGLES MORTS DANS LA COMPRÉHENSION DE LA VIOLENCE À L'ENCONTRE DES ENFANTS

Il s'avère primordial de soulever les critiques des limites méthodologiques de l'ECI de 1998, 2003 et 2008. Bien que cette étude ait plusieurs forces, elle comporte des limites qui influent sur les conclusions que l'on peut tirer des données. Par exemple, la violence sexuelle à l'encontre des enfants a longtemps été un sujet tabou. L'apport des théories et des recherches récentes commence à peine à en brosser un portrait clair. Au Canada, l'ECI a largement contribué à mieux comprendre le profil de la violence familiale à l'égard des enfants. L'apport de cette recherche a été décisif pour la compréhension de la violence à l'encontre des enfants; elle a permis de situer des formes de violences insidieuses comme la violence psychologique et la maltraitance et d'en corroborer les effets conjugués à des formes matérielles plus connues. Ce type de recherche fait la preuve de l'efficacité de la collaboration multisectorielle comme mesure de prévention de la maltraitance faite aux enfants, entre autres les enquêtes menées conjointement par les services de protection de l'enfance et les services de police. Il serait aussi avantageux d'inclure les services de santé tels que les hôpitaux.

Dans la catégorie de la maltraitance, les abus sexuels sont ceux qui font le plus souvent l'objet d'enquêtes conjointes suivies par la violence physique, la négligence et la violence psychologique (Tonmyr et Gonzalez, 2015). Les enquêtes conjointes sont associées à une probabilité supérieure de corroboration de mauvais traitements graves, de placement, d'interventions des tribunaux de la jeunesse et d'orientation d'un membre de la famille vers des services spécialisés (Tonmyr et Gonzalez, 2015). Initialement, ces

enquêtes conjointes avaient pour objectif de rendre la démarche moins désagréable et moins traumatisante pour l'enfant, en diminuant le nombre d'entrevues afin de mieux protéger l'enfant et en améliorant la cueillette des éléments de preuve grâce à une communication accrue entre les professionnels et les intervenants sur le cas. (Chamberland, Fallon, Black, Trocmé et Chabot, 2012).

L'ECI recueille des informations seulement sur les enfants faisant l'objet d'un signalement aux agences de protection du Canada, ce qui sous-évalue la maltraitance qui peut exister dans la société. Ces données ne sont basées que sur l'avis clinique des travailleurs de services de protection de l'enfance, sans fournir de vérification indépendante. De plus, l'ECI recueille des données sur trois mois à l'automne, ce qui n'est peut-être pas représentatif de l'ensemble de l'année. Elle utilise également un modèle transversal qui interdit l'établissement de liens de causalité (Tonmyr et Gonzalez, 2015).

Au niveau de mon expérience pratique, cela représente une démonstration des lacunes et de la difficulté d'obtenir des données représentant l'ampleur de la problématique, parce que nous savons qu'il y a des situations qui ne sont pas rapportées aux agences de protection ou qui ne sont pas enquêtées. Il devrait exister plusieurs sources pour recueillir les données, dont les centres hospitaliers, qui devraient être pris en considération. C'est pourquoi nous mettons de l'avant une approche systémique qui englobe tout l'environnement de l'enfant.

1.5 COMPARAISON DE L'ECI AVEC L'ÉTUDE D'INCIDENCE AU QUÉBEC (EIQ)

Étant donné la positionnalité, dont je me prévaux est mon expérience de travailleuse sociale au Centre hospitalier de l'est de l'Ontario (CHEO), et l'expérience extensive que j'y ai développée sur la violence familiale à l'encontre des enfants, j'ai pensé qu'il était pertinent de faire une comparaison avec l'étude d'incidence faite au Québec. Le fait est que le CHEO évalue aussi des cas qui proviennent du Québec, en raison de la proximité géographique avec la ville de Gatineau.

Les données 2013-2015 indiquent que sur les 86 861 situations signalées, 34 693, soit 39,9 %, ont été retenues pour évaluation. Enfin de ces 34 693 situations évaluées, 38,7 % ont été jugées comme étant avérées, c'est-à-dire que l'évaluation a permis de conclure que le développement ou la sécurité de l'enfant se trouvait en situation de compromission et devait faire l'objet d'une intervention de protection par la DPJ et fournir des données sur l'observation des mauvais traitements envers les enfants (Observatoire de la maltraitance envers les enfants, 2016).

Au Québec, il y a eu deux études d'incidence québécoise (1998 et 2008). Les données recueillies par les intervenants sociaux révèlent une augmentation significative des signalements évalués, mais non des signalements retenus. Les taux d'incidence sont demeurés stables en dix ans, soit entre 11 et 12 enfants pour 1 000 (abus physiques et négligence). En dix ans, le taux d'enfants dont le signalement a été retenu comme étant fondé a augmenté pour les cas d'abus physique, il est passé de 1,9 à 2,8 enfants pour

1 000 et, pour les cas de mauvais traitements psychologiques, il est passé de de 1,3 à 1,8 pour 1 000. L'exposition à la violence conjugale s'est accrue de façon significative, passant de 1,2 à 2,6 enfants pour 1 000 (Institut de la statistique du Québec, 2012).

Toujours au Québec, les changements observés depuis dix ans indiquent une tendance à la diminution pour les signalements pour négligence et à une augmentation pour les autres formes, dont l'abus physique et l'exposition à la violence conjugale (Institut de la Statistique du Québec, 2012).

Selon Lapierre, Lessard et Hamelin Brabant (2016), le taux d'incidence d'exposition à la violence conjugale observé au Québec est nettement moins important que celui démontré dans l'étude canadienne (ECI). Cet écart entre le Québec et l'ensemble du Canada est aussi constaté pour les autres problématiques de protection comme la négligence, la violence corporelle et les mauvais traitements psychologiques. Ces résultats pourraient indiquer qu'il y a moins d'enfants exposés au Québec par rapport au reste du Canada ou encore, que les signalements québécois ont moins tendance à considérer les services de protection comme une porte d'entrée pour obtenir de l'aide pour les enfants en difficulté comparativement aux autres provinces canadiennes.

1.5.1 Avantages et limites de l'EIQ (1998 et 2008).

Comme dans le reste du Canada, les données générées par les études d'incidence québécoise présentent également des limites importantes. En effet, elles ne reflètent qu'une partie du phénomène de la violence à l'endroit des enfants, puisqu'elles ne documentent ni les situations de violence mineures, ni les cas connus de l'ensemble de la

population et qui ne sont pas signalés à la DPJ. Une faible proportion des situations de violence physique est signalée aux autorités (Institut de la statistique du Québec, 2012). Ceci peut s'expliquer le plus souvent par le fait que la violence physique à l'égard des enfants est associée à un châtement corporel ou est confondue à des mesures de discipline (SPC, 2008).

Au Québec, on peut déduire que les limites méthodologiques sont bel et bien présentes et que les données issues de ces études peuvent sembler refléter davantage un taux de dénonciation ou d'utilisation des services de protection plutôt qu'un indice réel du nombre de situations qui menacent la sécurité et le développement des enfants (Institut de la statistique du Québec, 2012).

Mon expérience personnelle comme travailleuse sociale en protection dans un hôpital pédiatrique m'amène à me questionner sur une façon d'intervenir qui aura un impact positif sur les familles faisant face à cette problématique de violence familiale qui s'avèrent complexes et qui présentent des lacunes au niveau du consensus sur la définition de la violence familiale dans un domaine de connaissance en formation, avec une littérature qui documente partiellement ce qui est présent sur le terrain. Mon objectif est de faire en sorte que ce mémoire auto-ethnographique pourra produire une réflexion originale sur cette question.

Dans le but de mieux comprendre les origines de la problématique de la violence familiale à l'encontre des enfants et pour savoir comment elle a été mise de l'avant, la prochaine section tentera de lire la notion de protection de l'enfance dans le temps pour

comprendre son apparition dans la loi canadienne, et pour en explorer les développements.

1.6 HISTORIQUE DE LA LOI DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Il est important de comprendre l'origine des agences de protection de la jeunesse pour comprendre pourquoi il est accordé une place prépondérante à la question de la violence à l'encontre des enfants dans au niveau des décisions gouvernementales et du système de la santé. Depuis quelques années des cliniques spécialisées sont créées dans des centres hospitaliers de pointe au Canada. Il y a maintenant une division de protection à l'Hôpital des enfants de l'est de l'Ontario, où la seule expertise est celle de la violence familiale à l'égard des enfants. Ceci dit ce type de protection et de prévention de la violence à l'encontre des enfants, portée par des instances institutionnelles est le fruit d'une évolution historique complexe.

La mission de protection des enfants était une mission impartie à la famille et spécialement au père. Selon Bala et Al. (2004), à l'époque de la Rome antique, le père était reconnu comme détenant seul le pouvoir et il avait une autorité complète sur ses enfants. Il pouvait décider de les vendre, de les traiter comme des esclaves et d'utiliser le châtiment corporel comme méthode de discipline. Le pouvoir détenu ainsi par le *pater familias* était appelé *patria potestas*, « pouvoir paternel » (Dumont, 1990). . La *Loi des Douze Tables* donnait au *pater familias* le *vitae necisque potestas*; le « pouvoir de vie et de mort » sur ses enfants, sa femme et ses esclaves, qui étaient dits *sub manu*, « sous sa main » (Dumont, 1990).

Au Moyen-Âge, le concept de l'enfance était peu reconnu et les enfants étaient considérés comme des adultes dès l'âge de 7 ans (Bala, 2004). Le XIX^e siècle marque l'image de l'État libéral qui fait place à l'État-providence; c'est la période, où on voit des transformations majeures dans le statut de l'enfance au Canada. (Trépanier et Tulkens, 1995). La croissance économique et l'urbanisation modifient considérablement la famille. Une spécialisation des rôles amène les femmes à centrer leur attention sur l'éducation des enfants. À partir de cette transition, une nouvelle vision de l'enfant voit le jour. Les lois du travail interviennent pour réguler le travail des enfants en viennent à réduire le nombre d'enfants dans les usines. On assiste à un investissement communautaire dans le système scolaire que l'on charge de s'occuper de préparer les enfants aux exigences futures du travail, de les moraliser et de les discipliner (Trépanier et Tulkens, 1995).

Le début du XX^e siècle marque une étape décisive. On passe du paradigme de l'enfant propriété à celui de l'enfant protégé et, par la suite, à la formation de la justice des mineurs, telle que nous la connaissons aujourd'hui (Bala *et al.*, 2004; Trépanier et Tulkens, 1995).

L'orientation du système pénal se transforme à ce moment charnière. La peine se dégage de l'acte commis pour atteindre le délinquant lui-même, qu'elle vise à réformer, tant dans son intérêt que dans celui de la communauté. L'État n'est plus présenté comme seul agent de punition, il se veut bienveillant, aidant à sauver les citoyens du vice et du crime. La figure de l'enfant est centrale dans le nouveau modèle qui se met en place et qui se

répandra dans de nombreux pays. Le Canada fait partie des pays qui mettent en place des interventions législatives (Bala *et al.*, 2004).

1.6.1 Historique de la Loi de la protection de l'enfance en Ontario

Rappelons que les compétences législatives sont partagées entre le gouvernement fédéral et les provinces. En Ontario, la première loi provinciale ontarienne sur la protection de l'enfance est adoptée en 1888. Elle fera place à une démarche législative qui s'amplifiera et s'étendra sur d'autres provinces (Trépanier et Tulkens, 1995).

Les lois fédérales et provinciales évoluent pendant deux décennies, soit de 1888 à 1907, mais à cette époque, la loi maintient toujours une certaine association entre protection de l'enfance et prévention de la délinquance (Trépanier et Tulkens, 1995).

Bala (2004) rappelle la présence de plusieurs sociétés d'aide à l'enfance en Ontario. Jusqu'aux années 1960, les cas où l'aide à l'enfance était impliquée étaient des extrêmes. Donc, les enfants étaient retirés de leur foyer et placés en famille d'accueil. Il y avait aussi les placements des enfants illégitimes où les parents impliqués étaient souvent marginalisés ainsi que plusieurs enfants de communautés autochtones dont les familles étaient pauvres et sans recours financiers pour se défendre. Toujours à cette époque, les enfants n'étaient pas consultés, les juges et les travailleurs sociaux prenaient des décisions qui avaient un impact sur leur vie future (Bala *et al.*, 2004).

Selon Breton, Dufour et Lavergne (2012), les lois canadienne et québécoise garantissent maintenant l'égalité entre les individus et plusieurs croient que le rapport de domination

imposé aux autochtones relève du passé (Commission sur le racisme systémique dans le système de justice pénale en Ontario, 1995; Cotton, 2008). Sans prétendre que la discrimination à l'égard des peuples autochtones du Canada soit encore aujourd'hui consciente ou délibérée, il reste que les relations entre autochtones et non-autochtones sont souvent problématiques, teintées de rapports de pouvoir où la population autochtone est souvent désavantagée socialement et politiquement (Salée, 2005).

Les quarante dernières années ont fait place à plusieurs améliorations pour s'assurer de la protection des enfants. La sensibilisation de la population pour les amener à signaler le potentiel d'inquiétude d'abus et de maltraitance à l'égard d'un enfant s'est déclenchée. Un redressement et des améliorations aux interventions des travailleurs sociaux ont aussi été apportés.

Les années 1970 et 1980 ont été marquées par la déclaration des abus sexuels à l'égard des enfants, comme c'était déjà le cas pour les abus physiques. Ces années ont donné naissance à la notion de survivant, à la façon dont les victimes étaient traitées dans le système judiciaire et dorénavant les agresseurs étaient plus ciblés par la justice (Bala, 2004).

Par la suite, on a assisté à plusieurs changements sociaux auprès des jeunes mères, ce qui a engendré une diminution de l'adoption. Finalement, lorsque l'Acte juvénile a été remplacé par la Loi sur les jeunes contrevenants, en 2003, une séparation formelle s'en est suivie. Malgré le fait qu'on retrouve encore des jeunes contrevenants en milieu de protection, il est à présent important de s'assurer qu'ils ne sont pas pris en charge par le

système judiciaire des jeunes contrevenants en tant que solution et placement (Bala, 2004).

1.6.2 Historique de la Loi de la protection de la jeunesse au Québec

De 1608 à 1800, les autorités ne faisaient aucune intervention, la famille était entièrement à la base des services d'entraide. Le système d'assistance n'était pas du tout structuré. À cette époque, la population ne pouvait pas trouver de l'aide auprès de l'État, en raison de la faiblesse de l'économie. Il y avait un problème de dépendance sociale et plusieurs difficultés au niveau de l'organisation. L'assistance était gérée par l'Église et par le secteur privé. Le rôle de l'État se restreignait aux reconnaissances juridiques et à donner des subventions lorsque les intervenants privés manquaient d'argent (D'Amours, 1986).

Deux solutions seront ensuite présentées pour répondre aux besoins de la société : la mise en place des bureaux de pauvres et des institutions. Les bureaux de pauvres étaient dirigés par le curé qui, en collaboration avec les directeurs, avait la tâche de prendre soin des pauvres et de leur trouver un emploi. (D'Amours, 1986). Par contre, ces bureaux ont été abolis et ils ont ensuite été remplacés par les comités paroissiaux. L'Église mettra aussi sur pied de nombreuses institutions pour servir cet objectif.

À partir de 1801, l'État va verser des subventions aux institutions qui vont être responsable de la prise en charge des enfants illégitimes. Notons que l'assistance est majoritairement réservée au secteur privé (D'Amours, 1986). L'ensemble de ces institutions vont atteindre plus ou moins l'objectif de protéger les enfants des violences

et certaines vont même en commettre à l'égard d'enfants; on pense notamment au système de pensionnats autochtones.

Durant le XIX^e siècle, la protection de de la jeunesse va devenir plus concrète. Il y aura alors une différence entre l'assistance et la protection des enfants et il y aura la création de plusieurs législations comme la Loi des écoles industrielles (1869), la juridiction de la Cour de bien-être social (1950), la Loi sur les jeunes délinquants (1909), etc. (D'Amours, 1986). De plus, vers la fin du XIX^e siècle, le taux de migration vers la ville va énormément augmenter, ce qui va forcer l'État à devoir s'impliquer officiellement auprès l'assistance publique (D'Amours, 1986).

C'est en 1924 que le gouvernement mettra en place la première loi d'adoption qui va finalement permettre aux enfants d'avoir une famille légitime. Celui-ci va enfin reconnaître que les enfants ont droit à une protection familiale (D'Amours, 1986).

En 1929, avec la crise économique, le nombre d'enfants sans protection va augmenter radicalement. Comme elle va faire ressortir l'impact des problèmes sociaux, c'est alors que maintes initiatives seront mises en place par le gouvernement. L'Église va tout de même avoir un rôle plus ou moins étendu dans l'assistance et dans la protection des enfants (D'Amours, 1986).

En 1944, la Commission Garneau va suggérer la mise en place de cours familiaux et une loi de la protection de la jeunesse (1944) : « la Loi instituant les cours familiales, la Loi concernant la protection de l'enfance et la Loi instituant le Département du bien-être social [...] n'ont jamais été mises en vigueur » (D'Amours, 1986). La Loi sur l'école de

protection de l'enfance sera acceptée en 1944 et elle aura une grande influence sur la mise en place de diverses agences sociales (D'Amours, 1986).

En 1950, cette loi sera remplacée par la Loi relative aux écoles de protection de la jeunesse (1950) et il y aura aussi l'intégration de la Cour du bien-être social (1950) (D'Amours, 1986).

Un ensemble de lois vont créer le cadre pour garantir aux enfants sans familles de pouvoir être pris en charge légalement par des familles désireuses de le faire. Ainsi et en 1969, l'Assemblée nationale va voter un nouveau projet de loi d'adoption qui donne plus de chance aux enfants de pouvoir se faire adopter (D'Amours, 1986).

L'effort législatif et institutionnel va se centrer sur la protection de la violence progressivement dès le début des années 1970 et, en 1972, il y a aura le Projet de loi 65 qui va privilégier le milieu familial et assurer une bonne protection contre les dangers qui peuvent menacer les enfants. Un Comité pour la protection de la jeunesse sera créé en 1974 dans le but d'assurer la protection des enfants qui subissent de la maltraitance (D'Amours, 1986).

Finalement, arrive le Projet de loi 24, soit la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), qui a été promulguée le 16 décembre 1977, mais qui a été appliquée seulement à partir du 15 janvier 1979 (D'Amours, 1986; Gouvernement du Québec, 2016). Ce projet de loi va favoriser la protection des droits des enfants et la déjudiciarisation des jeunes délinquants. À travers cette loi l'État va affirmer que si nous voulons bien protéger les droits des enfants, il faut d'abord commencer par apporter du support aux parents afin

que l'enfant puisse demeurer dans sa famille. Les parents sont positionnés comme étant les premiers responsables pour assurer la protection de l'enfant. Pour ce qui est du concept de déjudiciarisation, l'État va expliquer qu'il est primordial de favoriser l'intervention sociale avant l'intervention judiciaire afin de bien assurer la protection de l'enfant (D'Amours, 1986). La LPJ est composée du Comité de la protection de la jeunesse, du Directeur de la protection de la jeunesse, de la Personne désignée par le ministre de la Justice et du Tribunal de la jeunesse (D'Amours, 1986; Gouvernement du Québec, 2016).

En ce qui concerne la réalité de la population autochtone au Québec, selon Breton (2011), les populations autochtones ont un lourd passé en termes d'abus de toutes sortes, notamment en raison des politiques assimilatrices qui ont longtemps remis en question la valeur de l'identité culturelle autochtone et les répercussions de ce passé difficile sont encore visibles dans l'univers collectif autochtone (Trocmé, Knoke et Blackstock, 2004).

Depuis déjà quelques années, dans une optique de réparation des torts qui leur ont été causés, plusieurs chercheurs ont travaillé à mieux comprendre les problématiques psychosociales vécues par les peuples autochtones en vue de développer des interventions plus adaptées à leur réalité culturelle (Breton, Dufour et Lavergne, 2012). Plusieurs démarches ont été mises en place pour contrer les facteurs de risque, mais reste qu'aujourd'hui la population autochtone reste surreprésentée dans les systèmes de protection (Breton, 2011), ce qui constitue une réalité préoccupante. Plus précisément, ces enfants sont surreprésentés dans les placements (Blackstock, Trocmé et Bennett, 2004; MacLaurin *et al.* 2007).

Dans ce chapitre nous avons essayé de définir les concepts principaux qui seront mobilisés dans le présent travail. Nous avons aussi présenté l'évolution historique des institutions et des cadres de référence autour de la question de la définition de l'enfance, de la protection des enfants, et de la violence à leur encontre. Nous y avons présenté les variables les plus importantes. Nous avons, enfin, présenté un portrait complet du cadre juridique et institutionnel présent pour mettre notre observation auto-ethnographique dans un contexte clair.

CHAPITRE 2

REVUE DE LITTÉRATURE

Le présent chapitre débute par un recensement des écrits sur la violence familiale à l'égard des enfants, des enjeux de la protection de l'enfance et du rôle du travailleur social dans ce contexte. Le cadre théorique envisagé porte sur (1) l'histoire des institutions et leur influence sur la pratique contemporaine, (2) la description du rôle du TS en milieu hospitalier et présente (3) les différents défis que doit relever le TS dans ces milieux afin de situer les pistes de renouvellements identifiés dans la littérature existante.

2.1 VIOLENCE STRUCTURELLE À LA BASE DES INSTANCES DE LUTTE CONTRE LA VIOLENCE

Lapierre et Damant (2012) soulignent clairement l'enjeu de société face auquel se retrouve le travailleur social qui fait face à la problématique de violence familiale vue comme institution sociale patriarcale. Ils mettent en évidence comment le système de protection démontre que les présentations de la maternité et les normes sociales qui les accompagnent s'inscrivent dans un contexte sociohistorique marqué par le colonialisme et par le racisme, ainsi que par le sexisme. Ce qui peut avoir des conséquences néfastes lors des interventions des travailleurs sociaux dans le cadre d'interventions de protection avec des populations marginalisées et avec les jeunes mères (Lapierre et Damant, 2012).

L'enjeu de genre est identifié dans la littérature existante de la manière suivante : (Swift, 1995, p.68):

The majority of families involved with child protection services are single female led and families in poverty. The present mainstream structuring of child protection services contributes to this oppression and marginalization of women and families that are poor.

C'est aussi ce que nous pouvons constater avec la population autochtone, dont les injustices et le manque de ressources perdurent, ainsi que et leur surreprésentation dans les systèmes de protection de l'enfance, tout comme les enfants de minorités visibles tels que les Noirs. La représentation disproportionnelle des enfants des minorités visibles dans les services de protection de l'enfance aux États-Unis est maintenant bien connue. Cette disproportion signifie que la place relative de certains groupes ethnoculturels dans le système de protection ne reflète pas leur poids démographique dans la population générale (Shaw, Putnam-Hornstein, Magruder et Needell, 2008). Les recherches effectuées jusqu'à présent indiquent que les enfants noirs sont surreprésentés à toutes les étapes de la trajectoire de services au sein du système de protection de l'enfance (Chapin Hall Center for Children, 2008). Cette surreprésentation est particulièrement remarquée à l'entrée des services de protection (Flukes, Yuan, Hedderson et Curtis, 2003) ainsi qu'à l'étape du placement où, comparés à leur proportion dans la population générale, ils sont 2,43 fois plus nombreux à faire l'objet d'un retrait de leur milieu familial (Hill, 2006; Lavergne, Morrissette, Dionne et Dessureault, 2009).

Au Québec, où les études sont peu nombreuses, Bernard et McAll (2004) constatent la surreprésentation des enfants haïtiens au seuil du système de protection de la jeunesse à

Montréal. Réalisée à partir d'une cohorte de 200 jeunes, l'étude démontre que ces enfants sont 2,17 fois plus susceptibles d'être signalés que les jeunes Québécois de souche.

En Ontario, un rapport récent de 2016 dénonce également la surreprésentation des enfants noirs dans le système de protection de l'enfance :

Enormous human suffering caused by systemic racism. The report was triggered by an ongoing Star investigation, which revealed that 42 per cent of children in the care of the Children's Aid Society of Toronto were black, in a city where only 8 per cent of children are black. (Monsebraaten, Contenta et Rankin 2016)

2.2 ENJEUX POUR LE TRAVAILLEUR SOCIAL EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

Il est démontré qu'il existe un enjeu de pouvoir au niveau de l'intervention du TS de protection intervenant dans un cadre légal avec les familles aux prises avec de la violence familiale, ce qui pourrait expliquer la résistance de certaines familles à travailler avec le TS en milieu hospitalier. Le contexte légal de la protection de l'enfance et de la DPJ a beaucoup évolué dans le temps (voir chapitre 1) et demeure un système qui fait place à plusieurs critiques.

Une des critiques majeures adressées au travail du TS en milieu hospitalier reste la surcharge de travail et les contraintes qui entourent ce rôle. Malgré la position de plusieurs auteurs face à l'impact négatif que peuvent avoir les interventions des TS en milieu de protection au sein des familles les plus vulnérables, il est clair qu'on doit continuer à se questionner sur les avantages qui peuvent être tirés de ces interventions.

La nécessité de la ligne de tension vient du fait que d'une part, le rôle du TS en protection et en milieu hospitalier a beaucoup évolué, mais que, d'autre part, il continue à y avoir beaucoup d'enjeux et de défis dans les manières d'intervenir surtout avec des groupes marginalisés et fragilisés. Nous pensons que les TS en milieux hospitalier et dans les interventions qu'ils peuvent faire, sont souvent mal-compris, il est intéressant de retourner à l'origine de leurs rôles.

2.3 PISTES DE SOLUTIONS

Il y a une réflexion sur les lignes de tension qui traversent le travail du TS en milieu hospitalier, ayant amené des pistes de solutions tangibles. La thèse de Sarah Robertson (2011) tente de trouver des solutions à ces enjeux. Elle s'est penchée sur la notion de partage de pouvoir et adopte et prône un modèle plus centré sur l'approche communautaire de la protection de l'aide à l'enfance.

The integrated model of community based child protection had altruistic roots intended to create a shared response and layering of services available to families in the community that enhanced the client worker relationship. The models also created the potential for unintended consequences with respect to issues of power, surveillance and practice that continue to marginalize families and children. (Robertson, 2011, p. 60)

La notion de pouvoir revient constamment dans le rôle du travailleur social en protection. Mais comment partager le pouvoir avec les familles et les institutions telles que les centres hospitaliers (CHEO) ? Le partage de pouvoir implique une posture d'alliance avec les familles en situation de violence, comment peut-on devenir un allié ? Comment être plus sensibles aux différences culturelles et aux familles marginalisées en autres profils sociaux fragiles ?

Plusieurs auteurs ont proposé une réponse; lesquelles réponses amènent la nécessité de repenser la manière de positionner le service de protection au centre de l'intervention.

La nécessité de décentrer est ainsi exprimée par Robertson (2011) :

The role of child welfare must shift from viewing itself as the provider of all child protective services and instead begin to catalyze, organize and in a variety of ways, provide leadership to the development of sustenance of community partnerships for child protection and neighborhood-based systems of service delivery that achieve the result of child safety. (Robertson, 2011, p. 67)

Cette réflexion démontre la nécessité pour les agences de protection, d'entretenir des relations de partenariat avec les institutions et les services communautaires. Au CHEO, comme par exemple, un partenariat existe entre la Société d'Aide à l'Enfance et la clinique de protection au CHEO.

Some of the projected outcomes of this restructuring included increased safety for children and decreases in the number in children in care as more families are supported in caring for their children. (Robertson, 2011 p. 67)

Ce partenariat, comme mentionné dans l'extrait précédent est vu comme une collaboration pour augmenter la sécurité des enfants.

La thèse de Sarah Robertson nous amène également à explorer la possibilité que le rôle du travailleur en milieu hospitalier devienne un allié pour les familles aux prises avec la violence familiale en continuant d'explorer la manière dont on peut arriver à partager le pouvoir avec les familles.

2.4 INSTITUTIONNALISATION : « MODÈLE HOSPITALIER », ORIGINE DU TRAVAILLEUR SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER

Berthiaume (2009a) décrit deux initiatives à l'origine du travail social en milieu hospitalier : l'une est collective, le « *mental hygiene* » mouvement, et l'autre est davantage associée à la vision du docteur John Cabot. Il faut remonter à 1908 quand un ex-patient des établissements asilaires aux États-Unis rédige un article qui met au grand jour les traitements brutaux subis par les patients de la part d'un personnel soignant surchargé et sous-payé. Cet article est à l'origine du « *mental hygiene* » mouvement, qui rassemble alors des intervenants de plusieurs disciplines, des personnalités publiques, et des ex-patients et leurs proches. Il met en lumière les failles et les échecs du système asilaire et plaide pour une approche humaine.

La fondatrice du premier département de travail social aux États-Unis, Mary Jarett (1876-1921), fait partie du mouvement de « *mental hygiene* » (Berthiaume, 2009a). Aux États-Unis, le travail social fait son entrée en milieu hospitalier en 1905. On reconnaît alors le rôle de premier plan assumé par le docteur John Cabot. Celui-ci adhère à une vision biopsychosociale de la maladie et de la médecine en général. Il fut le premier à embaucher une travailleuse sociale à temps plein au sein de son département afin de l'aider dans le traitement, mais aussi dans l'établissement du diagnostic (Berthiaume, 2009a).

Au Québec, l'initiative du docteur Cabot sert d'inspiration pour l'introduction du travail social dans les hôpitaux. On assiste ainsi à la formation du premier département de

travail social au Montréal General Hospital en 1911, un hôpital non confessionnel qui dessert la communauté anglophone (Berthiaume, 2009a).

En milieu francophone, l'Hôpital Sainte-Justine fait figure de pionnier et d'exception en organisant un département de service social dès 1918, mais il faut attendre la fin des années 1940 et le début des années 1950 pour voir le travail social s'implanter et connaître un essor au sein des hôpitaux francophones. Des liens se développent avec les écoles de travail social qui voient le jour à l'Université de McGill (1923) et à l'Université de Montréal (1940). Au XX^e siècle, on retrouve un programme de travail social médical au sein des écoles de travail social en milieu universitaire d'Amérique du Nord.

Ce programme consistait en une formation spécialisée de deux ans qui comptait une importante composante de stage en milieu hospitalier. Tant aux États-Unis qu'au Canada et au Québec, ces programmes de formation spécialisée se sont effrités progressivement au profit d'une formation plus générale, sous la pression de devoir rassembler l'ensemble de la profession, pour complètement disparaître dans les années 1960 (Berthiaume, 2009a).

2.5 TEMPS PRÉSENT : DESCRIPTION DU RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER

Selon la revue de littérature proposée par Berthiaume (2009a), les rôles du travail social en milieu hospitalier ont un caractère complexe et multidimensionnel. Ils se subdivisent en trois grandes catégories : une première recoupe les fonctions qui concernent les

services directs aux patients et à leurs proches, elle comprend l'évaluation psychosociale, les interventions individuelles, de groupe et familiales, la gestion de cas, la planification de sortie de liaison avec les services, le soutien et la défense de droits, le counseling et l'intervention thérapeutique brève.

Un second ensemble de fonctions du travailleur social regroupe les rôles joués au sein des instances et des équipes pluridisciplinaires, notamment la coordination de conférences familiales, l'animation de comités éthiques, le développement de programmes et la participation à l'élaboration de politiques sociales en matière de santé et de services sociaux.

Enfin, un troisième ensemble renvoie à ses rôles et fonctions d'enseignement de recherche plus présentes dans les centres hospitaliers universitaires, car ils sont au cœur de leur mission. On devrait aussi y ajouter le rôle de supervision professionnelle et d'encadrement clinique que bon nombre de travailleurs sociaux assument au sein de leurs équipes (Berthiaume, 2009a).

Le rôle du travailleur social en milieu hospitalier, tout en complétant le rôle des autres intervenants de santé, s'en distingue. Perriam (2015) distingue le rôle du TS par rapport aux autres professionnels de la santé, en s'appuyant sur les critères suivants :

- *Social workers work more in the abstract (such as with systems) while other professionals work in the concrete (diagnosis and treatment).*
- *Social workers look for outcomes that involve both the patient and their social system whereas other professionals look for more specific outcomes such as recovery from a medical condition or improvement in a particular function such as mobility.*

- *Social work was sometimes seen as complementary to other professionals rather than being part of their processes.*
- *Other professions within the hospital system would tend to focus on the patient as being the job whereas for social workers the job was much wider than the patient. (Perriam, 2015, p. 45)*

2.6 ENJEUX DE LA PRATIQUE DE TRAVAIL SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER

Plusieurs défis sont mis en lumière par différents auteurs mentionnés au court de ce mémoire de recherche. Malgré les nombreux enjeux qui entourent l'identité fragmentée de la profession de travailleur social au sein du milieu hospitalier, nous devons continuer à relever des défis importants afin d'assurer la survie de notre identité.

Le service social offert dans les milieux hospitaliers ou pas, font partie d'un bien-être collectif, conceptualisé dans la notion d'État providence, qui selon Esping-Andersen (2007) est relié à l'histoire du développement économique, politique et sociale des principaux pays occidentaux.

Au-delà du lien avec le travail hospitalier et la proximité avec la mission de santé, Berthiaume (2015) soulève plusieurs enjeux en lien avec de la pratique du travail social médical en milieu hospitalier. Les enjeux identifiés, mettent en contexte le phénomène de restructuration liée au déclin de l'État social et à la poussée néo-libérale qui a un impact important sur la profession. Cet impact se démarque au niveau de l'identité professionnelle (Berthiaume 2009a) et donne un éclairage nouveau à la notion d'État providence.

Bénard (2010) explique clairement qu'avec ces modifications, les travailleurs sociaux se retrouvent en minorité dans une institution à vocation médicale.

Depuis ses débuts, le travail social hospitalier fut d'emblée subordonné aux médecins, si bien que plusieurs articles scientifiques relatifs au travail social étaient dans le passé écrits par des médecins (Bénard, 2010). Encore aujourd'hui, ce sont les médecins qui déterminent quels patients le travailleur social doit suivre (Berthiaume, 2009b).

Berthiaume (2009b) apporte une précision importante sur la manière dont la compétence et l'expertise du TS en milieu hospitalier sont subordonnées à celle du médecin, tandis que l'évaluation de ce dernier se fonde sur des critères qui sont largement différents de ceux adoptés par les TS dans leurs évaluations :

En même temps que cette façon de faire traduit, en partie, une certaine reconnaissance à l'égard du travail social, il nous faut souligner ici l'émergence d'un problème qui persiste à ce jour, soit que ces consultations ne sont la plupart du temps pas réalisées en fonction des besoins psychosociaux des patients et de leurs proches, mais en fonction de la perception que se font les médecins et les autres professionnels de la santé du rôle du travailleur social. (Berthiaume, 2009a, p. 15)

Dans l'ensemble des disciplines professionnelles présentes en milieu hospitalier, le travail social est la discipline qui a le moins bien réussi à établir son statut professionnel et qui n'arrive pas à obtenir une telle reconnaissance. Le rôle du travailleur social en milieu hospitalier continue à être peu ou mal compris (Berthiaume, 2009a). Sans une définition claire de leurs rôles les TS sont appelés à effectuer des fonctions similaires aux infirmières et à d'autres professionnels, rendant leur contribution spécifique nébuleuse aux yeux des autres disciplines (Berthiaume, 2009a). Berthiaume met

également en lumière les risques d'insatisfaction et d'épuisement professionnel accrus pour les TS dans ce contexte. La gestion des hôpitaux favorise le pouvoir médical et affaiblit le champ social. Les sentiments d'isolement et l'absence de leadership sont ressentis au quotidien (Berthiaume, 2009a).

Berthiaume (2009a) souligne les recherches récentes dénonçant un effritement des rôles de soutien (counseling) et de défense au détriment des tâches plus utilitaires confirmant une tendance vers une technicisation de celles-ci : remplir des formulaires, agir en tant que courtier entre le patient et les ressources, sans pour autant procéder aux évaluations psychosociales qui s'imposent. Cette réalité persiste. Ainsi, pour faire suite à cet enjeu, il est important de souligner que le Projet de loi 21, loi modifiant le Code des professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, loi confirme que le travailleur social est le seul professionnel à pouvoir « procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant ». Dans un souci de protection du public, le législateur a reconnu la compétence spécifique des travailleurs sociaux en leur accordant l'exclusivité de cette activité professionnelle (Pauzé, 2009).

2.7 QUESTION D'ÉTHIQUE

Dans la présente recherche, plusieurs défis liés à l'éthique sont mis en lumière par différents auteurs. Malgré les nombreux enjeux qui entourent l'identité fragmentée de la profession du travailleur social en milieu hospitalier, ces derniers doivent continuer à relever des défis importants afin d'assurer la survie de notre identité.

Berthiaume (2009b) souligne également la contribution des travailleurs sociaux aux domaines de l'éthique et de la recherche en milieu hospitalier et le développement d'un leadership dans le travail interdisciplinaire. Malgré le rôle des travailleurs sociaux en matière de recherche, il ne faut pas oublier que le rôle premier du travailleur social et sa première responsabilité demeure envers les patients et leurs proches, les activités de recherche sont reléguées au second.

Les travailleurs sociaux en milieu hospitalier doivent également surmonter des contraintes au niveau des ressources disponibles, puisque les coupures budgétaires et la charge de travail accrue font en sorte que le temps manque pour participer à des recherches et ce même si : « La recherche est devenue essentielle à la survie des travailleurs sociaux en milieu hospitalier » (Berthiaume, 2009b).

Cet aspect du rôle du TS en milieu hospitalier appelle à développer des partenariats entre les travailleurs sociaux du milieu hospitalier et les écoles de travail social universitaires. Cet objectif amène plusieurs bienfaits, dont la valorisation professionnelle, et apporte une stimulation aux travailleurs sociaux impliqués.

Cet éparpillement des tâches ajoutées à la pression institutionnelle et budgétaire contribuent à l'effritement de la mission principale du TS. Un défi de taille est mis en évidence par Perriam (2015) confirme que les travailleurs sociaux doivent continuer à se battre pour renforcer la pertinence de leur rôle au sein des hôpitaux.

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE

3.1 LA PRAXÉOLOGIE

Dans ce chapitre, je démontrerai comment je suis arrivée à choisir la praxéologie comme cadre théorique. La nature du sujet et la nature du positionnement de recherche impliquent un cadre théorique qui permette de questionner les pratiques sur le terrain. Le choix de ce sujet vient d'une longue réflexion amorcée durant les huit dernières années de pratique en milieu hospitalier, et aussi de cinq années d'expérience comme travailleuse de protection à l'aide à l'enfance à Ottawa. Le choix de la praxéologie n'est pas un choix préalable, mais c'est un choix logique qui s'est imposé par lui-même suite aux réflexions sur le sujet et à une recherche bibliographique exhaustive. Ce choix s'impose dans cette recherche également pour les raisons liées au choix méthodologique, et il vient rejoindre les problématiques et les pistes de solutions identifiées dans le chapitre consacré au recensement des écrits. En effet, la démarche auto-ethnographique, qui est somme toute une démarche relativement subjective qui s'applique paradoxalement à un milieu institutionnel et à une pratique institutionnelle, rejoint les propos de Berthiaume quant à l'objectivité de la connaissance (2009a) :

L'un des fondements de la perspective théorique veut que la connaissance n'est pas objective; qu'il n'existe pas de vérité globale. En lieu et place, l'interaction sociale et le dialogue produisent une activité construite de la connaissance. (p. 19)

Ce qui la distingue la praxéologie des autres méthodes est le regard constructiviste subjectif et idiosyncratique qu'elle pose sur l'action humaine (St-Arnaud, Mandeville et Bellemare, 2002, p. 30). La démarche praxéologique veut renouveler la recherche à laquelle fait défaut un rapport harmonieux entre le savoir et l'action (Lhotellier et St-Arnaud, 1994). En utilisant l'auto-ethnographie comme méthodologie où je suis le sujet et la chercheuse, ce mémoire démontre les liens avec la littérature, mes observations et mes expériences personnelles, pour ainsi porter un œil critique sur ce qui se passe sur le terrain.

Ma réflexion m'a conduite à affirmer que mon travail est basé sur une idéologie idéaliste. Étant donné que j'occupe une place centrale dans mon terrain de recherche : Je suis la TS de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse du CHEO en charge pour les cas référés pour l'est de l'Ontario et pour une partie du Québec, ma question de recherche est le reflet d'un questionnement basé sur mes observations quotidiennes directes. Le but de ma réflexion centrée sur ma pratique professionnelle passée et présente (quotidienne), dans le but de soulever des pistes de réflexion portant sur le rôle du TS en milieu hospitalier et sur leur contribution à la résolution du problème de la violence à l'encontre des enfants lors de l'intervention avec les familles vivant de la violence familiale en milieu hospitalier. L'objectif de mon travail de recherche est d'identifier les points sur lesquels il faudrait apporter des changements. Les réflexions que je voudrais mobiliser relativement à ma pratique envisagent les aspects peu connus de cette pratique, et mes observations du terrain qui ne sont pas reflétées dans la

littérature existante, et qui sont spécifiques au CHEO comparativement à d'autres institutions hospitalières intervenant auprès de famille vivant de la violence familiale.

Je situe ma position de recherche auto-ethnographique comme étant un regard direct et critique provenant de l'intérieur de l'institution, mais qui émerge d'une connaissance théorique, et aussi pratique et de l'expérience acquise. Cette observation de l'intérieur se situe comme d'une recherche exploratoire solidement ancrée dans les données empiriques, dont l'« ... utilisation est particulièrement recommandée lorsqu'il s'agit d'étudier un phénomène qui fait l'objet de peu d'analyse et c'est ici le cas pour ce qui est de la pratique professionnelle en milieu hospitalier » (Berthiaume, 2009a, p. 34).

3.2 FONDEMENTS DE LA PRAXÉOLOGIE

Les deux aspects primordiaux de la praxéologie est une exploration intellectuelle complexe de l'agir; l'agir est dans le présent travail l'intervention auprès des familles aux prises avec de la violence envers des enfants. Ces aspects se retrouvent dans la définition apportée par Lhotellier et St-Arnaud de la praxéologie comme étant : « ... une démarche construite (visée, méthode, processus) d'autonomisation et de conscientisation de l'agir (à tous les niveaux d'interaction sociale) dans son histoire, dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et dans ses conséquences » (Lhotellier et St-Arnaud, 1994, p. 95).

Selon Auguste Comte (philosophe français, fondateur du positivisme), en devenant « positif », l'esprit renoncerait à la question « pourquoi ? », c'est-à-dire à chercher les causes premières des choses. Il se limiterait au « comment », c'est-à-dire à la

formulation des lois de la nature, exprimées en langage mathématique, en dégagant, par le moyen d'observations et d'expériences répétées, les relations constantes qui unissent les phénomènes, et permettent d'expliquer la réalité des faits (Clémenceau, 1994).

La praxéologie offre une contribution aux sciences de l'homme, car elle réconcilie déjà, pour des fins d'efficacité de l'action, les deux polarités que ni la science appliquée ni la recherche-action n'ont encore réussi à intégrer. C'est une contribution à la responsabilisation et au mieux « vivre ensemble » d'une société qui se construit plus consciemment. Souligner fortement la nécessité d'une démarche praxéologique qui donne sens à une pratique, c'est en même temps, et précisément, revaloriser la pratique (une pratique qui reprend son sens antique de décision à l'action, à l'action sensée). (Lhotellier et St-Arnaud, 1994). On ne peut parler de théorie sans la relier à une pratique ou alors il s'agit d'un discours abstrait plaqué sur du concret. De même, on ne peut ignorer le retour de la pratique sur la théorie. C'est cet aller-retour que vise la démarche praxéologique, et non pas seulement la conception et la conceptualisation d'une pratique (Lhotellier et St-Arnaud, 1994).

Voilà comment la praxéologie a été justifiée dans la littérature existante. Opter pour la praxéologie comme lunette pour mon observation auto-ethnographique m'a permis de faire la lumière sur la manière dont ma réflexion mobilisait mon expérience passée et mon observation du terrain. Elle m'a aussi permis de recadrer mon objectif de recherche. Subséquemment, tout au long de ma recherche, je vais faire des allers-retours entre la théorie et mon expérience, entre la littérature et mes observations directes. Mon projet de mémoire contribuera à démontrer la nature de mes interventions et les limites auxquelles

je fais face dans ma pratique à la clinique de protection des enfants et de la jeunesse du
CHEO.

CHAPITRE 4

CADRE MÉTHODOLOGIQUE : OBSERVER DE L'INTÉRIEUR : POURQUOI L'AUTO-ETHNOGRAPHIE ?

Ce chapitre débute par une description du choix de la méthodologie : l'auto-ethnographie. Il présente une description de l'auto-ethnographie, indique ses objectifs, décrit le processus de collecte des données, et enfin rapporte les limites de cette méthodologie, ainsi que les considérations éthiques reliées à ce choix méthodologique.

4.1 DESCRIPTION DE L'AUTO-ETHNOGRAPHIE

L'auto-ethnographie est une méthodologie qualitative qui s'harmonise avec le cadre théorique de la présente recherche qui est praxéologie, laquelle permet de valoriser les savoirs subjectifs et d'interroger les processus de « pratique ». Notre choix théorique et méthodologique fait en sorte que l'expérience du chercheur est mise de l'avant :

En effet, dans une recherche qualitative, l'analyse ne tente pas de confronter à la réalité des concepts prédéterminés ; au contraire, elle s'inscrit dans un processus général où elle tente de comprendre l'inconnu, le flou, l'ambigu, la problématique. La deuxième implication suppose une alternance régulière de la collecte des données et de leur analyse. La troisième implication, enfin, exige que les analyses soient enracinées dans les données premières. (Dubé, 2016, p. 15)

Cette méthodologie postmoderne est adaptée à ma positionnalité de chercheur qui observe son propre milieu de travail de l'intérieur, et me permet de mettre de l'avant l'autoréflexion et l'analyse de mes observations comme une source valide de

connaissance sur les mécanismes d'intervention sur la violence familiale à l'encontre des enfants.

Cette approche répond à mon objectif de recherche, qui est de proposer de mettre en place une étude détaillée du modèle d'intervention utilisé dans le cadre de l'intervention du travailleur social en milieu hospitalier dans mes fonctions auprès des familles vivant de la violence familiale vues à la clinique de protection du CHEO. (1), Identifier les enjeux, (2) les défis et (3) proposer des pistes de renouvellement. Le rôle du TS en milieu hospitalier intervenant sur les cas de violence familiale à l'encontre des enfants est très peu exploré dans la littérature et demeure très rare et s'articule de manière différente dans chaque institution pédiatrique. Étant la rareté de ce mandat dans les institutions hospitalière et les difficultés à accéder à des données aussi détaillées que celle que l'on obtiendrait avec une observation directe, ma position est centrale à la fois à la collecte des données, mais aussi à leur analyse. Ceci rejoint les propos d'Anadon (2006) quand il considère que le chercheur est un élément central de la recherche ethnographique, et sa réflexion sur l'influence du chercheur dans le processus de recherche est une stratégie de rigueur méthodologique.

Notre exploration des modèles méthodologiques après plusieurs recherches, j'ai voulu m'inspirer de la recherche-intervention qui, comme son nom l'indique, constitue à la fois une démarche de recherche et d'intervention sur le terrain. Le tout ayant pour objectif de produire des connaissances capables de conjuguer actions et transformations (Duchesne et Leurebourg, 2012, p. 3).

Un des objectifs initiaux de ce travail est de ne pas se limiter à simplement observer mais aussi d'apporter un regard critique sur l'objet étudié, lequel dans ma démarche de recherche, sera créé à travers un travail d'introspection qui se nourrit d'une longue expérience de pratique du travail social à la clinique de protection du CHEO.

Cette expérience est à la source de questions multiples : est-ce que mon intervention est suffisante à mes yeux et selon les standards de pratique auxquels j'ai été formée? Est-ce que mon intervention répond aux besoins des familles ?

La centralité de mon expérience dans la manière dont j'appréhende ce travail au lieu d'en être une limite est bien au contraire une source de données très importante. Ce qui rejoint ce que dit Rondeau (2011, p. 52) à propos du rôle de l'expérience dans les démarches auto-ethnographiques : « l'auto-ethnographie est la recherche d'une identité au cœur de l'expérience vécue ».

Ceci dit, et comme toute méthode de recherche, l'auto-ethnographie doit produire des données, les traiter et ensuite les analyser (2016). Dans mon travail ces données proviennent, du passé, du présent ou de l'extérieur. Je me propose aussi de me servir de mon auto-observation de mon environnement au CHEO et de mes interventions que je noterai dans un journal de bord.

4.2 OBJECTIFS DE L'AUTO-ETHNOGRAPHIE

L'approche auto-ethnographique que je me propose d'adopter dans le présent travail consistera à observer et rapporter l'expérience d'intervention comme si elle arrivait en

temps réel, tout en y incluant ma perception des choses. L'auto-ethnographie donne la possibilité de faire de la recherche avec une perspective critique et intersectionnelle, qui tranche avec la littérature auto-ethnographique historique qui était celle d'hommes blancs hétérosexuels, chrétiens, de la classe moyenne (Ellis, Adams et Bochner, 2011).

Reconnaître ma propre subjectivité quant à mes interventions, les constituer en savoirs transférables et critiquables, et les mobiliser pour apporter une critique du rôle du TS en milieu hospitalier et pour apporter des solutions qui peuvent à la fois bonifier le rôle du TS et bénéficier aux familles aux prises avec des situations de violence, rejoins ce que dit Guzik (2013) sur l'utilité de l'auto-ethnographie à mobiliser l'expérience du chercheur :

autoethnography is a useful methodology that acknowledges the researcher's subjectivity, accounts for the affective aspects of information experiences, and focuses on how personal stories can teach us about information behavior. (p. 267)

Cette approche méthodologique qualitative peut être appliquée pour observer et comprendre les interventions avec des familles victimes de violence familiale, spécifiquement évaluées à la Clinique de protection au CHEO par une équipe multidisciplinaire, tout en mettant le focus sur le rôle du travailleur social. Cela permettrait de mettre en lumière le rôle du TS et d'analyser les interventions, dans le but de m'insérer dans la recherche et d'utiliser mon expérience professionnelle et personnelle, mes valeurs, mes idées et d'apporter un changement pour les familles évaluées à la Clinique de protection au CHEO.

L'auto-ethnographie me permettrait de me prévaloir de ma subjectivité.

4.3 PROCESSUS DE LA COLLECTE DE DONNÉES

J'ai choisi d'utiliser un journal de bord dans une démarche d'écriture, ce qui m'a servie de réflexion (Rondeau, 2011). J'ai observé ma performance de TS au sein de la clinique sur une période allant de 4 semaines. Concrètement, j'ai observé la nature des tâches que j'ai accomplies dans une journée régulière de travail, les rythmes de travail et les routines. J'ai aussi observé la manière dont on intervient sur certains cas majeurs qui trouvent écho dans d'autres cas nationaux ou provinciaux plus médiatisés. J'ai enfin observé mes réflexions sur ce que je pensais être une meilleure intervention sur certains de ces cas. J'ai saisi mes notes évolutives jour par jour et je l'ai ai retranscrite de manière à pouvoir analyser mes données en utilisant la méthode thématique en calculant la séquence de mes interventions et leurs interactions. J'ai ensuite ressorti les cas qui étaient en lien avec mon objectif de recherche et mes questionnements.

J'ai approfondi mes réflexions en analysant mes interventions et en me poussant à aller de mes impressions et de mes émotions. En faisant une revue de la littérature portant sur la problématique de la violence familiale et sur le rôle du TS en milieu hospitalier, j'ai constaté la rareté des écrits sur mon rôle unique au CHEO. De plus, et en utilisant une approche qualitative, je suis restée ouverte à l'idée que son but est d'y donner un sens et de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes (Dubé, 2016). Mon journal de bord contient l'observation participative de quatre semaines de travail des descriptions détaillée de mes interventions.

Je me suis basée dans mon observation sur des paramètres déjà établis par Chang (2016, p. 448) :

1. *Authentic and Trustworthy Data : Does the autoethnography use authentic and trustworthy data?*
2. *Accountable Research Process : Does the autoethnography follow a reliable research process and show the process clearly ?*
3. *Ethics Toward Others and Self : Does the autoethnography follow ethical steps to protect the rights of self and others presented and implicated in the autoethnography ?*
4. *Sociocultural Analysis and Interpretation : Does the autoethnography analyze and interpret the sociocultural meaning of the author's personal experiences ?*
5. *Scholarly Contribution : Does the autoethnography attempt to make a scholarly contribution with its conclusion and engagement of the existing literature ?*

Ces paramètres m'ont permis d'établir une technique fiable dans une approche auto-ethnographique répondant à la rigueur attendue d'un travail académique. Cette méthode de recherche n'est pas simplement une description d'un récit personnel, mais également un travail d'auto-réflexion me poussant à réfléchir et à me positionner dans ma pratique à la fois comme TS et comme chercheur (Dubé, 2016).

4.4 LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE D'AUTO-ETHNOGRAPHIE

La limite principale du choix de la méthode auto-ethnographique dans un sujet comme celui que je traite est le fait que, concrètement, je me retrouve à explorer ma position en tant que chercheuse et participante principale de la recherche. L'auto-ethnographie reste aussi une méthode de recherche contestée au niveau de sa rigueur et de son évaluation (Ellis, Adams et Bochner, 2011) mais, au contraire, sa rigueur et sa méthode doivent être

claires et précises. Le but n'est donc pas de raconter son histoire sans but analytique car, sinon, on a l'impression de regarder un épisode de l'émission d'*Oprah*, où les gens racontent leur histoire de vie à tous les jours (Ellis, Adams et Bochner, 2011).

Il est donc critique d'utiliser une rigueur dans la méthodologie et un cadre théorique dans le but de faire l'analyse de mon expérience. Comme question, je me suis demandé si l'analyse de mon expérience allait m'empêcher de voir les angles morts au lieu d'avoir une perspective d'ensemble. Vais-je avoir l'impression de regarder dans mon rétroviseur tout au long du chemin ?

4.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les considérations éthiques m'ont amenée beaucoup de questionnements. Ceci dit, l'éthique demeure une zone grise, ce qui est très commun avec l'utilisation de méthode de recherche auto-ethnographique. Le fait de ne pas avoir de participants directs exige quand même que je doive prendre en considération la nécessité de protéger ceux que j'observe et de ne pas identifier mes collègues et les clients que je suis amenée à voir durant la période d'observation de façon involontaire.

CHAPITRE 5

DESCRIPTION DU TERRAIN DE RECHERCHE LE CENTRE HOSPITALIER DE L'EST DE L'ONTARIO (CHEO)

Ce chapitre présente une description exhaustive du milieu de travail dont lequel j'opère et qui est aussi le terrain de mes observations. Pour bien saisir les points qui seront évoqués dans ce mémoire, il est important de situer le lieu où se déroule mon projet de recherche. Je me propose ensuite d'apporter une description de la clinique de protection pour terminer avec la description du rôle du travailleur social de la division de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse.

5.1 MISSION

Le CHEO est un leader mondial en santé pédiatrique. Sa mission se consacre à aider les enfants et les adolescents à vivre pleinement et le mieux possible. Le CHEO est dédié à l'excellence en matière de soins cliniques, de recherche et de formation. Il s'est engagé à collaborer avec ses partenaires afin de promouvoir l'évolution harmonieuse de soins continus prodigués. Il aide chaque année plus de 500 000 enfants et adolescents provenant de l'est de l'Ontario, de l'ouest du Québec ainsi que du Nunavut et du nord de l'Ontario (www.cheo.on.ca/).

5.2 MANDAT

Outre son mandat clinique, le CHEO est un établissement universitaire de sciences de la santé. Tous les ans, on y donne des cours dédiés à 2 300 pédiatres à venir et à des étudiants en sciences infirmières ou d'autres professions de la santé. Les 249 chercheurs de l'Institut de recherche du CHEO réalisent des recherches de pointe en pédiatrie, attirant près de 28 millions de dollars en financement annuellement.

Le CHEO est l'établissement où sont mis en œuvre plusieurs programmes provinciaux et régionaux, notamment le Centre d'excellence provincial en santé mentale des enfants et des adolescents, le programme de dépistage des maladies chez les nouveau-nés de l'Ontario, le Registre et le réseau des Bons résultats dès la naissance et le Programme régional des soins à la mère et au nouveau-né de Champlain.

Au-delà de ses murs, le CHEO partage aussi son savoir spécialisé en offrant à des médecins et à des infirmiers et infirmières dans les hôpitaux communautaires de la formation portant sur les pratiques exemplaires pour les soins pédiatriques. En 2017, le CHEO s'est joint à l'Hôpital Sick Kids de Toronto et à l'Hôpital de réadaptation Holland Bloorview pour former l'Alliance pour la santé des enfants. C'est un organisme dont la mission est d'améliorer le niveau de connaissances pédiatriques dans les centres de santé de l'Ontario et de travailler avec des partenaires pour créer un système de soins de haute qualité, mieux coordonné et cohérent pour les enfants, les adolescents et leurs familles (www.cheo.on.ca/)

Soixante-trois travailleurs sociaux sont répartis à travers les différentes cliniques (externes et internes), dans divers départements et on y retrouve une coordinatrice à la pratique professionnelle. Mon rôle comprend la Clinique du VIH, du Département des maladies infectieuses, et la Clinique de protection de l'enfance et de la jeunesse. Dans ce projet de recherche, j'ai choisi d'analyser plus précisément mes interventions effectuées à la Clinique de protection.

5.3 DESCRIPTION DE LA DIVISION DE LA CLINIQUE DE PROTECTION DES ENFANTS ET DE LA JEUNESSE AU CHEO

Dans ce qui suit, nous allons présenter la mission de la clinique et son mandata, ainsi que les comités connexes travaillant avec elle.

5.3.1 Mission

La mission de la Clinique de protection est de fournir des soins de santé spécialisés aux enfants et aux jeunes qui sont à risque d'être victimes de mauvais traitements (abus et négligence), de promouvoir la santé et le bien-être des enfants touchés par la maltraitance par le biais de la défense des droits, de l'éducation et de la recherche. Pour y parvenir, l'équipe de la clinique est composée d'une travailleuse sociale, d'une infirmière, de cinq pédiatres qui font une rotation et d'un soutien administratif.

Le programme de consultation externe est basé sur un modèle multidisciplinaire de collaboration avec un partenariat avec la Société d'aide à l'enfance d'Ottawa. L'équipe multidisciplinaire fournit une évaluation directe, un traitement et une gestion des cas

appropriés. Un travailleur de protection d'aide à l'enfance est présent à mi-temps au CHEO. La clinique travaille également en partenariat avec le service des urgences du CHEO pour prodiguer des soins aux enfants et adolescents ayant subi des agressions sexuelles ou des abus, en fournissant des soins cliniques et en surveillant les cas d'abus sexuels chez les jeunes enfants (pré-pubères). Cette clinique est également consultée et fournit son aide aux autres professionnels de la santé pour certaines questions médico-légales et pour les cas éventuels de négligence médicale. Ces cas sont suivis à long terme, lorsque nécessaire, avec la gestion des questions de protection de l'enfance, en fournissant des conseils et de la documentation et en facilitant les conférences de cas entre les prestataires de santé, les familles et les agences de protection de l'enfance.

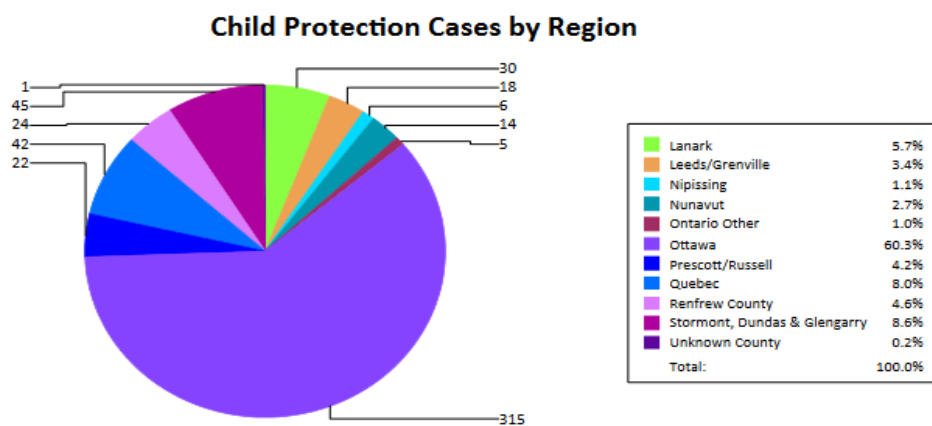


Figure 1 : Déclaration de cas de protection d'enfants par région

5.4 COMITÉ DE RÉVISION DES DOSSIERS

La division de protection a mis en place un processus d'étude des cas pour tous les cas de patients du CHEO qui sont référés aux services de protection de l'enfance. Ce comité de révision est une équipe hospitalière composée de représentants des principaux services hospitaliers et communautaires (protection de l'enfance, travailleuse sociale, psychologue, pédiatres de la clinique de protection, etc.) qui se réunit chaque semaine. L'étude de cas comprend la fourniture d'avis d'experts liés aux aspects médicaux, psychosociaux et aux informations à risque des conditions de vie actuelles de l'enfant; à la formulation d'une conclusion formelle; de recommandations pour la poursuite de la gestion médicale et psychosociale au sein de l'hôpital et de la communauté et au placement d'alertes de protection de l'enfance et de la jeunesse sur les dossiers hospitaliers des enfants considérés comme présentant un risque permanent. En 2016-2017, le comité a discuté du cas de 515 enfants.

5.4.1 Mandat

La communication et la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du CHEO) et entre différents secteurs (santé, éducation, social, protection de l'enfance, justice pénale) constituent une priorité pour assurer des soins coordonnés et un transfert de connaissances précis. Lors des dernières années, la clinique de protection a considérablement augmenté le nombre de ses services directs auprès des patients grâce à cette sensibilisation. Les patients sont vus directement à la clinique de protection et au service des urgences du CHEO et par le biais de références

d'autres départements du CHEO en tant que patients hospitalisés, patients de l'urgence et patients des cliniques externes.

5.5 OBJECTIFS DE LA DIVISION DE LA CLINIQUE DE PROTECTION DES ENFANTS ET DE LA JEUNESSE AU CHEO

La division fournit également un soutien et une prise en charge des cas complexes de négligence médicale, de non-respect des recommandations médicales ou de conflit. Le plus souvent, cela implique d'appuyer d'autres membres du personnel du CHEO avec la participation du représentant de la famille du patient et/ou du bureau du chef des médecins.

La division fait de la défense des droits auprès des patients individuellement et travaille à un niveau plus large au niveau local, national et international. Cela comprend de la participation et du « leadership » à l'Agence de la santé publique du Canada, à la Section de la maltraitance des enfants et des adolescents de la Société canadienne de pédiatrie, au Comité directeur du Centre de défense des enfants et des adolescents d'Ottawa et au Comité communautaire d'Ottawa sur les mauvais traitements.

La division dirige et participe également à quatre groupes de travail nationaux reliés à la maltraitance des enfants, notamment en définissant des recommandations pour l'évaluation des traumatismes crâniens, des traumatismes abdominaux, des contusions et de la négligence médicale dans le cadre possible de maltraitance et ils font partie du comité de planification du symposium annuel national sur la pédiatrie en matière de

maltraitance des enfants (Rapport annuel de la division de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse du CHEO, 2016-2017).

5.6 RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL DE LA DIVISION DE LA CLINIQUE DE PROTECTION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

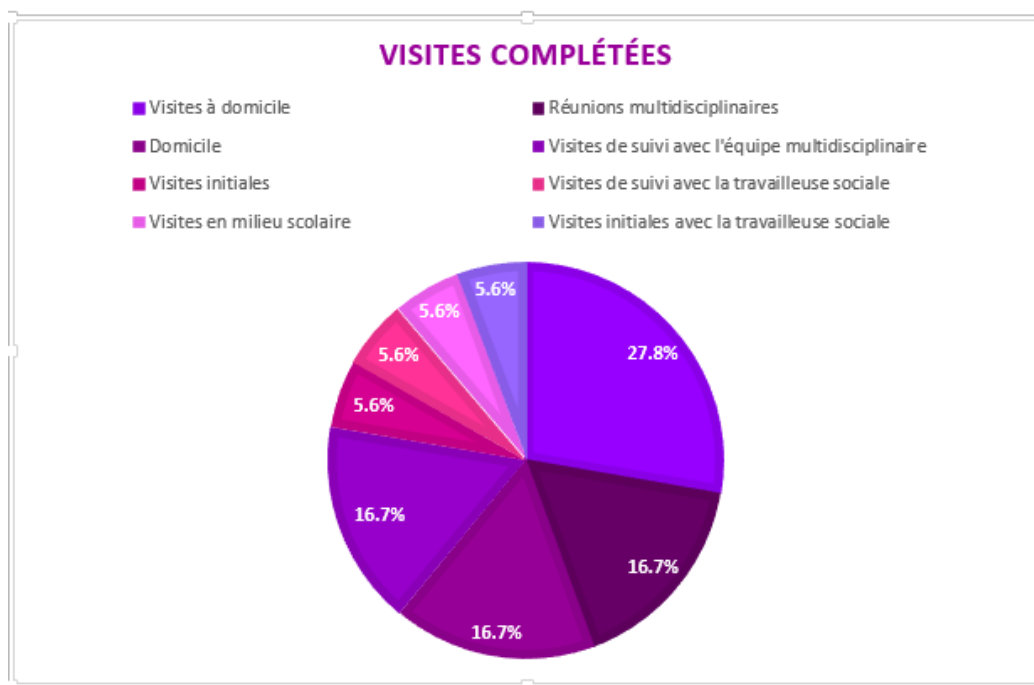
Conformément au milieu interprofessionnel et à la mission, à la vision et aux orientations stratégiques du CHEO, le rôle du travailleur social : mon rôle consiste à effectuer des évaluations psychosociales et à pratiquer des interventions afin d'aider les patients et leur famille en assurant des services auprès des enfants, adolescents et familles. Le travailleur social exerce un leadership au sein de l'hôpital et dans la communauté en matière de protection des enfants et adolescents à risques de maltraitance ou de négligence.

Il fournit des services de soutien psychosocial spécialisés aux enfants, aux adolescents et aux familles qui ont été victimes de négligence ou d'abus évidents ou que l'on soupçonne d'en avoir été victimes. Il exécute aussi des évaluations psychosociales et familiales exhaustives en utilisant des méthodes, telles que des entrevues avec le patient et sa famille, dans le but d'obtenir les renseignements pertinents, de recueillir des données sociales à propos du patient et de sa famille et d'établir des évaluations et des plans d'intervention selon les normes relatives à la pratique professionnelle et aux politiques de la division de protection des enfants et adolescents. Il défend les intérêts des familles en leur nom pour ensuite obtenir les services et le soutien qui leur sont nécessaires.

Je travaille en étroite collaboration avec l'équipe clinique de la division de protection des enfants et adolescents afin de m'assurer de la continuité des soins prodigués aux patients ainsi qu'avec les services de protection de l'enfance. Je fournis des services de consultation aux professionnels de l'hôpital et communautaires sur des questions de maltraitance des enfants. Je participe aux réunions hebdomadaires entre les divers organismes concernés et à celles du comité d'étude de la division de protection des enfants et adolescents. J'établis des contacts avec divers partenaires communautaires, y compris avec les bureaux de protection de l'enfance et la police. Je fournis des séances éducatives au personnel hospitalier, aux partenaires communautaires et aux étudiants des collèges/universités au sujet des questions de maltraitance des enfants.

J'exécute également des tâches administratives telles qu'établir mes dossiers cliniques à jour, rédiger des notes sur les progrès réalisés, émettre des statistiques sur la charge de travail et maintenir les dossiers médicaux à jour selon les normes établies et assurer mes fonctions dans la clinique du VIH et dans celle des maladies infectieuses.

Rapport annuel de la Division de la protection de l'enfance et de la jeunesse au CHEO
1^{er} juillet 2016 - 30 juin 2017



© Johanne Colas, 2018

Figure 2 : Visites complétées par la Division de la protection de l'enfance et de la jeunesse au CHEO (2016-2017)

5.7 JOURNÉE TYPE

Une journée type consiste à débiter ma journée de travail en prenant mes messages téléphoniques, je tente de terminer mes notes évolutives, j'organise les réunions avec la police, les travailleurs de protection et les organismes communautaires pour la clinique de protection. Je suis en service cinq jours sur cinq pour la clinique de protection et les mercredis et jeudi matin pour la clinique du VIH. Je participe aux réunions d'équipe qui se font une fois par semaine à la clinique de protection et une fois par semaine à la clinique du VIH. Je priorise les cas et les références de la clinique du VIH et des maladies infectieuses. Je fais les suivis téléphoniques avec les familles et organise des visites à domicile et aux écoles pour les patients de la clinique du VIH. Ainsi à la clinique de protection une routine est difficile de suivre due à la nature imprévisible des consultations qui sont de nature immédiate. Lorsqu'un cas nous est signalé nous devons passer à l'évaluation médicale et psychosociale de façon urgente.

CHAPITRE 6

RÉSULTATS ET ANALYSE

Un des défis importants qui se répète dans ma réflexion et dans mes observations est de renforcer la mission et l'expertise de l'intervention du travailleur social en clinique de protection. Pourquoi ? Selon un article portant sur la relation entre les expériences négatives de l'enfance et la pauvreté et les capacités parentale,

More than 50 years of literature on attachment theory has shown that early childhood experiences, especially parent-child relationships, influence how adults parent their own children. (Bowlby, 1951; Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1975; Grossmann, Grossmann et Waters, 2005; Main, Kaplan et Cassidy, 1985; Sroufe, 2005; Steele, Steele et Fonagy, 1996, p. 32)

Lorsque les enfants sont victimes de violence familiale, cela a un impact sur leur vie d'adulte de même que sur leur capacité à réussir plus tard dans leur rôle de parent. Un des objectifs importants est de briser le cercle de la violence qui se perpétue de génération en génération. En tant que travailleuse sociale, je peux y parvenir en ayant un impact sur la trajectoire de la vie des enfants que je rencontre en consultation à la clinique de protection du CHEO, mais comment ?

Dans ce chapitre, je présenterai mes données en décrivant des journées-type de mon rôle en mettant en lumière les défis et les enjeux pour terminer avec mes analyses dans le but de renforcer la mission et l'expertise de l'intervention du travailleur social à la division de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse au CHEO.

6.1 CAS DES JUMEAUX : ÉVALUER, INTERVENIR, ET FAIRE LE SUIVI

Ce matin-là, il s'agissait d'un lundi suivant une fin de semaine très occupée. Dès mon arrivée au bureau, à 9 heures, j'ai plusieurs suivis à faire avec différentes agences de protection et la travailleuse sociale du CHEO qui était sur appel durant la fin de semaine.

À 11 heures, j'ai rendez-vous à la clinique du VIH avec un père qui a besoin d'aide pour remplir un formulaire pour obtenir une relocalisation de sa maison subventionnée suite à des problèmes de violence dans son quartier. Le but de la rencontre est de lui faire réviser la lettre de support que j'ai écrite auparavant et qu'il en obtienne une copie originale.

À midi, l'équipe de protection des enfants et adolescents se réunit, comme à tous les lundis de midi à 13 heures, pour discuter des cas vus et des cas à voir durant la clinique. Il arrive fréquemment que nos rencontres soient interrompues en raison d'urgences extrêmes. Pendant ma rencontre, mon téléavertisseur se met à sonner. L'équipe de protection a été consultée après qu'un bébé (jumeau) de sept semaines ait été vu à l'urgence. Les parents l'auraient amené après avoir remarqué que sa jambe gauche ne bougeait plus. Lors des investigations médicales à l'unité d'urgence, les pédiatres ont diagnostiqué une fracture et un traumatisme crânien mais aucun diagnostic semblable pour l'autre jumeau. Les parents donnent l'impression d'être très inquiets et soucieux du bien-être de leurs enfants. La maman explique qu'elle ne sait pas comment ces blessures auraient pu être infligées à son enfant. Elle rapporte qu'elle s'occupe principalement du jumeau A et le père du jumeau B, qu'elle décrit comme un peu plus demandant car il

pleure beaucoup. Ils sont interviewés ensemble par le pédiatre en protection et moi-même, travailleuse sociale. Le pédiatre demande l'historique médical des enfants, des parents et aussi du suivi de grossesse de la mère. Pour ma part, comme travailleuse sociale de la division de la clinique de protection des enfants et de la jeunesse, je fais l'évaluation psychosociale.

Le but de l'évaluation psychosociale est d'obtenir un portrait de l'environnement dans lequel l'enfant grandit. Celle-ci permet d'identifier les facteurs de protection, ainsi que les facteurs de risques. Je pose des questions sur dix points spécifiques qui sont :

1. les renseignements personnels : éducation, âge, travail,
2. la présence de violence familiale présente et dans l'enfance,
3. l'usage de drogue ou d'alcool,
4. la santé mentale,
5. le support entourant la famille (dans la communauté ainsi que les liens familiaux),
6. l'état financier de la famille (source de revenu),
7. les facteurs de stress,
8. la méthode de discipline,
9. l'impression clinique et
10. les recommandations/le plan de travail et les suivis

Mon évaluation psychosociale accompagne l'évaluation médicale du pédiatre et elles sont ensuite mises dans le dossier médical de l'enfant. Ce dossier peut éventuellement servir de document de référence pour le système judiciaire et pour les services de

protection de la jeunesse en cas de besoin et pour assurer la sécurité de l'enfant (Société de l'Aide à l'Enfance-SAE).

Lors de l'évaluation psychosociale, la mère révèle qu'elle et son conjoint ont un passé de consommation d'alcool et de drogue (marijuana). Elle affirme qu'ils ne consomment plus depuis sa grossesse qu'elle décrit comme un événement heureux et attendu.

Dans son récit, elle dévoile aussi un passé violent avec le père qui a fait de la prison pour voie de fait et pour violence conjugale dans des relations antérieures. Elle décrit leur relation comme plus turbulente avec plusieurs ruptures avant la grossesse. Celle-ci s'est stabilisée avec la grossesse et elle ne rapporte aucune violence conjugale depuis cette date. Durant l'entrevue, la mère est très émotionnelle, elle dit vivre avec un problème d'anxiété et mentionne avoir dû prendre des médicaments durant sa grossesse.

Lorsqu'elle parle de la routine, elle décrit qu'elle s'occupe des jumeaux de 5 heures 30 jusqu'au retour du père, qui travaille dans la construction pendant des quarts de 12 heures. Lorsqu'il retourne à la maison, vers 18 heures, il s'occupe du jumeau B jusqu'à son départ pour le travail à 5 heures 30. Ils passent la nuit sur deux étages différents pour nourrir les bébés afin qu'un ne réveille pas l'autre.

Le père explique qu'il y a deux jours vers 4 heures, pendant qu'il nourrissait le jumeau B, il l'aurait échappé et celui-ci serait tombé sur le plancher tête première. Il prétend n'avoir rien dit à la mère avant d'aller travailler. Elle aurait par la suite remarqué que la jambe du jumeau B ne bougeait plus comme à l'habitude et paraissait enflée. Ils ont hésité avant de l'amener à l'hôpital, finalement comme il pleurait beaucoup, ils l'ont

amené vers 18 heures, au moment du retour du père à la maison. Pendant l'évaluation médicale, les tests ont dévoilé des blessures internes à la tête, une fracture de la jambe et plusieurs fractures au niveau des côtes.

Le but ultime de notre implication, la division de protection du CHEO, est d'apporter un éclairage sur la probabilité que l'explication des parents soit cohérente avec les blessures observées. Le jumeau B a été admis pour quelques jours sur l'unité. Durant cette période, la Société de l'aide à l'enfance et la police ont débuté leur enquête. Ce même jour, j'ai initié plusieurs contacts avec la Société de l'Aide à l'Enfance et le pédiatre dans le but de leur expliquer les blessures et de remettre à la travailleuse de protection de la Société de l'aide à l'enfance le compte rendu de l'évaluation psychosociale effectuée. Lors de mon évaluation, j'ai noté plusieurs informations que j'ai considéré comme des facteurs de risque : le passé de violence du père, les problèmes de santé mentale de la mère, le manque d'utilisation de soutien pour aider la famille avec les jumeaux et le manque de sommeil du père (il travaille 12 heures par jour à l'extérieur et doit s'occuper du jumeau B durant la nuit).

Dans ce cas, il est clair que l'explication des parents ne pouvait justifier les blessures internes. En conséquence, il ne nous a pas été possible à ce stade de déterminer si l'explication des parents est plausible. Dans cette situation, la procédure est d'attendre l'entrevue avec la police pour en savoir davantage et pour pouvoir ainsi prendre une décision. Entretemps, un plan de sécurité est mis en action par la travailleuse de protection de la Société de l'Aide à l'Enfance.

Le cas des jumeaux est considéré comme un cas à haut risque et même s'il implique de réagir avec diligence, il n'est pas toujours possible de mobiliser toutes les ressources et les mécanismes à notre portée. En effet, en raison de la politique de la protection de la vie privée des patients, la clinique du CHEO n'est pas autorisée à communiquer avec la police directement sans le consentement du tuteur légal ou sans la présence d'un mandat de perquisition, même dans le cas aussi suspicieux que celui des jumeaux. Cette situation entraîne parfois de la frustration auprès des détectives, quand la police est impliquée, et même chez les autres intervenants sur des cas de violence et de suspicion de violence à l'encontre des enfants.

En attendant que les policiers obtiennent l'une de ces autorisations, nous transmettons l'information directement à la Société de l'Aide à l'Enfance qui, elle, partage l'information à son tour avec eux. Dans ce cas, le risque est l'effet de la chaîne téléphonique, c'est-à-dire que le message ne se transmet pas dans son intégrité.

La rencontre avec les parents a duré près de deux heures et demie. Il est maintenant 16 heures 30 et je quitte pour la journée à 17 heures. Encore une fois, ayant terminé plus tard que prévu, je ne pourrai pas compléter mon évaluation psychosociale dans le système informatisé de partage des données (EPIC). Durant la rencontre, je note des informations dans mon cahier de notes évolutives que je retranscrirai à l'ordinateur lorsque j'aurai du temps. La politique de CHEO veut que les notes soient complétées dans le système dans les 24 heures après l'intervention mais, en réalité, c'est rarement possible, surtout en raison de la démultiplication des tâches.

Après trois semaines, l'enquête conjointe entre la police et la SAE révélera que le père avoue avoir perdu patience avec son fils. Au milieu de la nuit, il était épuisé et lorsque son fils s'est mis à pleurer, c'était une fois de trop. Il l'a pris par le bras de façon très ferme et l'a poussé sur sa balançoire tout en frappant sa jambe. Ensuite, lorsqu'il l'a repris, il aurait aussi serré de façon très ferme ses clavicules en lui demandant d'arrêter de pleurer. Il explique aussi que, quelques jours plus tôt, il l'aurait échappé par terre en tentant de lui donner son biberon au milieu de la nuit. Il prétend que sa conjointe n'était pas au courant et qu'elle ne se doutait de rien, puisqu'elle était sur un étage différent. Il est finalement soulagé de tout avouer et demande de l'aide. Par la suite, la police dépose des accusations formelles. Il est en attente d'une date pour comparaître en cour. Sa conjointe décide de continuer à le supporter tout au long des procédures. La SAE met en place un plan de sécurité ne lui permettant pas d'être seul avec les jumeaux. Mon implication est alors terminée, je ne les reverrai plus.

Une question s'impose : comment cet incident aurait pu être évité ? L'épuisement et la charge trop élevée pour un père qui travaille durant de longues heures à l'extérieur sont de grands facteurs de risque pour s'y prendre de façon inappropriée et justifierait définitivement le fait de demander de l'aide. Je me propose dans ce qui suit de répondre à cette questions en développant mon analyse autour de points de réflexion.

i. Je suis dans l'évaluation et pas dans l'intervention...

Mais qu'en est-il de mon intervention ? Encore une fois, je me suis sentie impliquée uniquement dans l'évaluation et j'ai ressenti un manque au niveau de la possibilité

d'intervenir avec les valeurs du travail social auprès des parents, plus spécialement avec le père qui vivait ses sentiments d'impuissance, de culpabilité et d'épuisement. Nous savons qu'il ne sera pas supervisé tout au long de la vie des jumeaux. Ainsi, je crois qu'il aurait pu bénéficier de divers services tels que du support, de l'éducation, du counseling, etc. afin d'éviter qu'un incident similaire ne se reproduise dans le futur. Cependant, le travailleur de protection de la Société de l'Aide à l'Enfance a le mandat de suivre la famille et de s'assurer plus particulièrement de la sécurité des enfants. Enfin, nos mandats sont très différents.

ii. Le manque de suivis avec les familles.... Comment s'assurer que mes recommandations sont respectées ?

Quelle intervention aurait pu être faite auprès du père qui, finalement, avoue qu'il a perdu sa patience et demande de l'aide ? Habituellement, le travailleur de protection fera une référence à un programme communautaire dans la région, mais le temps d'attente peut être long, dépendamment de la période à laquelle débutent les groupes de soutien. L'aide aux parents devrait viser la sécurité de l'enfant, les compétences parentales, les capacités de résolution de problèmes et le soutien social des parents (Guterman, Tabone, Bryan, Taylor, Napoleon-Hanger et Banman, 2013).

Serait-il bénéfique pour les familles que je puisse offrir quelques séances de « counseling » ? Par exemple, deux à trois séances, le temps qu'elles reçoivent les services offerts dans la communauté. Un suivi avec les parents aurait-il un impact sur

leur trajectoire et celle des jumeaux? Pour répondre à ces questions j'envisage dans la section suivante quelques pistes de réflexions et de solutions.

6.2 APPROCHE PLUS HOLISTIQUE POUR LES CAS DE MALTRAITANCE

Lors de ce travail, j'ai voulu démontrer l'importance d'appliquer une approche dans l'intérêt des familles.

6.2.1 Un appel à l'aide

J'arrive au bureau à 9 heures comme à l'habitude. À tous les mardis, nous avons la rencontre multidisciplinaire du comité de révision des cas signalés à une agence de protection par les employés de CHEO. J'ai à peine le temps de prendre mes messages que la réunion débute. Ce matin, comme à tous les mardis de 9 heures 30 à 11 heures 30, nous révisons tous les cas où un signalement a été rapporté à une agence de protection de la région (SAE, DPJ, agence de protection de Valoris et services de famille de l'enfance de l'Ontario etc.). Les cas sont discutés et un travailleur de protection de la SAE est présent à chaque semaine. Un travailleur de protection de la DPJ et un de Cornwall sont présents une fois par mois, lorsqu'on discute principalement des cas de leur agence. Le but est de s'assurer que l'agence de protection a reçu et compris l'aspect médico-social. Dans le cas du CHEO, c'est plutôt pour connaître les résultats des enquêtes criminelles et pour savoir si les allégations ont été vérifiées ou non par l'agence de protection.

En général, environ six à dix cas peuvent être discutés. Le pédiatre responsable de l'urgence préside la réunion, deux pédiatres de l'équipe de protection y assistent ainsi que la travailleuse sociale de la clinique de protection du CHEO (moi-même), l'infirmière de la clinique de protection, un psychologue et on y invite aussi les professionnels de la santé du CHEO qui sont impliqués dans le dossier. Ce matin, des cas d'abus sexuels, de négligence, d'abus physique et émotionnel sont discutés. Dans certains cas, les allégations sont vérifiées tandis que dans d'autres, le dossier est déjà fermé.

Durant la réunion, je reçois un avis sur mon téléavertisseur : une fillette de 6 ans se trouve à l'urgence avec sa mère à qui elle aurait dit tout bonnement, en déjeunant le matin même, qu'elle n'appréciait pas de rendre visite à son père et quand ce dernier lui faisait mal en touchant ses parties privées durant le bain. La mère explique qu'elle ne sait pas quoi faire de cette divulgation et aimerait avoir une opinion médicale.

Lors de l'évaluation psychosociale, aucun facteur de risque n'est signalé, mais, plusieurs facteurs de protection sont relevés. Un signalement a aussitôt été effectué à la Société de l'Aide à l'Enfance, qui sera en mesure d'interviewer la fillette lors de l'enquête avec la police. Dans le cadre de nos fonctions, nous ne faisons aucune interview médico-légale (*forensic*).

Je ne pose aucune question directement aux enfants, ce qui pourrait nuire à l'enquête criminelle et à celle des services de protection de l'enfance. Nous collectons des données qui sont alors utilisées comme preuve pour leur enquête.

La littérature démontre que, dans les cas d'abus sexuel, l'examen médical ne peut confirmer ou contredire ces allégations. Dans la plupart des cas, l'examen médical est normal, à moins qu'il y ait eu violence ou force extrême, ce qui est plutôt rare lors d'un abus sexuel envers des enfants. Si la sensation était désagréable, l'agresseur aurait plus de difficulté à entretenir ce secret, alors souvent il se fait plutôt discret. Dans ce cas, l'examen s'est révélé normal. L'enfant sera interviewée par la police en enquête conjointe avec la SAE. Pour le moment, la SAE a mis un plan de sécurité en place durant l'enquête. La fillette n'aura aucun contact avec son père tout au long de l'enquête. Je fais une référence au service de santé mentale du CHEO pour un suivi thérapeutique, à la condition que les allégations soient vérifiées. J'en fais aussi une au comité de révision des cas signalés. Cette évaluation a duré environ une heure.

Durant l'entrevue avec la police, selon les recommandations de son avocat, le père a refusé de leur parler. Cependant, la police a suffisamment d'éléments de preuve pour déposer des accusations. À la suite de quoi, il est en attente d'une date pour passer à la cour. Entretemps, l'enfant n'a pas de contact avec son père.

i. Analyse de l'intervention en termes d'espace (d'intervention)

Quand je pense à ce cas, et à des cas semblables je me demande pourquoi il n'y a pas un seul endroit commun où toutes les étapes d'intervention sur un cas donné se déroulent pour être plus efficace ?

Dans le but de réduire l'impact à long terme et les traumatismes et de permettre aux enfants, aux jeunes et aux familles de se rétablir pour mener une vie saine et productive,

il est important de recevoir la thérapie et le support au moment opportun. (<http://sheldonkennedycac.ca/thecentre/>). Avoir un espace adapté aux enfants où la police, l'agence de protection et l'équipe de protection pourraient faire l'évaluation et le suivi au même endroit afin d'éviter la duplication des rôles, des approches et des services.

En s'inspirant du modèle du Centre du Sheldon Kennedy, il y aurait de la place pour que je puisse poursuivre un suivi en thérapie avec la jeune fille et ainsi perfectionner mon expertise, plutôt, encore une fois, que de référer à une travailleuse sociale de plus, ce qui entraînerait une possibilité de temps d'attente, des interventions qui prennent plus de temps, l'exposent à plusieurs intervenants, et démultiplient les sources de stress. Il y aurait encore une fois aussi l'opportunité d'apporter du support à la mère.

6.3 MANQUE DE PERFECTIONNEMENT D'EXPERTISE

Il est important d'encourager l'opportunité du perfectionnement et de l'éducation pour être en mesure d'intervenir de façon positive.

6.3.1 À quoi ressemble la négligence... ?

Mercredi matin, je me rends au travail à 9 heures. Chaque mercredi, je suis à la clinique du VIH de 9 heures à midi environ. Je suis à l'origine du projet pilote : c'est un partenariat entre un établissement clinique et un organisme communautaire pour soutenir les familles vivant avec le VIH. La travailleuse de soutien afro-caribéenne assiste à des

cliniques tandis que je participe aux rencontres des groupes de soutien du Comité du Sida d'Ottawa.

Afin que ce soit bénéfique pour tous, les deux organismes se sont trouvés des objectifs et des défis communs. Un partenariat formel a été établi en 2015, permettant le partage d'expériences et d'expertises entre les cliniciens du CHEO, les travailleurs de soutien et la communauté. Le but de cette initiative a émergé lorsque le CHEO (Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario) et le CSO (Comité du Sida d'Ottawa) ont noté un manque de sensibilisation et d'engagement envers les services de soutien auprès des familles vivant avec le VIH qui accèdent aux soins à la Clinique du VIH du CHEO.

Les établissements de soins de santé pédiatrique et les organismes communautaires ont souvent les mêmes objectifs, mais il est parfois difficile pour les familles de combler le fossé et de recourir aux services disponibles dans la communauté, surtout si l'on craint la stigmatisation et la discrimination. Le CHEO et le CSO collaborent depuis des années, mais les renvois de patients d'une institution à l'autre n'ont pas toujours été couronnés de succès, ce qui, malheureusement, a eu comme résultat que des familles ont été parfois laissées pour compte. Les origines de l'idée provenaient des expériences des parents à la clinique du VIH du CHEO. Ils ont identifié un besoin de soutien accru. Les membres du groupe de soutien afro-antillais du CSO ont fait part de leurs préoccupations sur le fait que certaines familles de la région d'Ottawa n'avaient pas recours aux services de soutien, bien qu'elles aient des problèmes non réglés.

Le principal défi reconnu était que les familles étaient hésitantes à accéder aux services du CSO dans la communauté, en raison de la stigmatisation entourant le VIH. L'idée d'offrir des services du CSO au sein de la clinique VIH du CHEEO a été proposée, conduisant à un accord de partenariat.

Les objectifs du programme étaient de réduire la stigmatisation, d'améliorer les services et la collaboration entre les organisations et d'accroître la sensibilisation et l'accessibilité des services cliniques et communautaires. Les patients qui fréquentent la clinique VIH du CHEO sont identifiés et évalués par la travailleuse sociale du CHEO. Lorsqu'un besoin est identifié, le consentement de la famille est obtenu pour faire une présentation officielle à la travailleuse de soutien du CSO et ils se voient offrir un espace confidentiel dans la clinique pour se rencontrer. Selon les préférences de la famille, la travailleuse de soutien du CSO peut rencontrer les familles en privé ou en présence de la travailleuse sociale du CHEO.

La travailleuse de soutien du CSO est en mesure d'établir une relation d'aide et de fournir aux familles un soutien continu de même que des services dans la communauté. C'est aussi une façon de recruter des membres pour le groupe de soutien VIH du CSO. J'assiste une fois par mois à une rencontre du groupe de soutien du CSO au cours de laquelle les membres préparent et partagent un repas. Après le dessert, la travailleuse sociale du CHEO et la travailleuse de soutien du CSO offrent un soutien psychosocial à ceux vivant avec le VIH. C'est ce qu'on appelle la « discussion du cercle de soins ».

Lorsque de nouveaux membres rejoignent le groupe, la discussion se concentre sur leurs défis, leurs connaissances et leurs expériences personnelles. Les participants peuvent échanger des ressources et une éducation sur la stigmatisation peut être donnée dans un endroit sûr.

Chaque nouveau membre est tenu de signer un contrat pour s'assurer que les informations échangées au sein du groupe demeurent confidentielles. Les membres peuvent y assister avec leurs enfants et les services de garde sont fournis dans une zone distincte.

Le partenariat a connu un grand succès. En 2015, après six mois, un examen du programme a révélé que 47 familles qui n'avaient pas accès aux services communautaires auparavant avaient eu des rencontres initiales dans le cadre de la clinique et que 22 restaient en contact avec le CSO. L'examen du programme de 2016 a révélé une croissance continue, avec une autre tranche de 30 familles ayant eu des rencontres au CHEO et 20 qui restent en contact avec le CSO.

Les problèmes identifiés comme nécessitant un soutien de la travailleuse de soutien du CSO étaient l'immigration, l'accès aux médicaments, la navigation du système, l'isolement, l'insécurité alimentaire, le logement et la garde des enfants. Les services consultés avec l'aide de la travailleuse de soutien du CSO comprenaient la banque alimentaire, l'aiguillage vers les services juridiques, sociaux et de santé, les groupes de soutien et la réduction des méfaits.

Les défis identifiés comprenaient celui d'assurer la confidentialité et la disponibilité de l'espace clinique approprié. De plus, les besoins des clients avaient augmenté, mais le programme avait du mal à répondre à ces besoins avec les ressources limitées disponibles et les longues listes d'attente pour les services.

La rencontre entre la travailleuse de soutien du CSO et des femmes auparavant incapables de se connecter avec la communauté ou de reconnaître leur diagnostic leur a souvent permis de recourir aux services. Le partenariat permet à la clinique de dispenser des soins plus axés sur la famille et d'assister les parents d'une manière qui n'était pas possible auparavant. Les deux rôles (travailleuse de soutien du CSO et travailleuse sociale du CHEO) sont très complémentaires. Ce partenariat unique a permis le partage de points de vue, de ressources et d'informations permettant d'améliorer l'engagement des clients dans les services à long terme et d'optimiser la capacité de chaque organisation. C'est un moyen de réduire la stigmatisation et de renforcer la confiance dans les familles. Ce partenariat a eu un impact positif en brisant leur isolement.

Une communication continue entre la travailleuse sociale et la travailleuse de soutien est essentielle pour garantir les meilleures pratiques. Étant donné qu'il s'agissait d'un partenariat unique entre un établissement et un organisme et qu'il n'était pas utilisé ailleurs au Canada avec la population touchée par le VIH, il n'y avait pas de lignes directrices pour documenter le processus. Nous avons donc dû construire cette relation formelle à partir de rien et nous continuons de l'améliorer à mesure que nous avançons.

Depuis lors, ce modèle a été utilisé au CHEO avec d'autres cliniques utilisant le modèle CHEO-CSO comme référence.

Le partenariat entre le CHEO et le CSO pour fournir un soutien accru aux familles vivant avec le VIH est un bon exemple de la façon dont les institutions et les organisations communautaires peuvent travailler ensemble de façon synergique en utilisant une approche systémique (Colas et Inoua, 2017).

i. Porter plusieurs chapeaux

Ce matin j'ai vu sept familles. Pendant que je suis à la clinique du VIH, je reçois un message sur mon téléavertisseur vers 11 heures. Je réponds au message, je prends l'information et je contacte la pédiatre sur appel et nous décidons de voir la famille vers 13 heures 30.

La division de protection est consultée pour un bébé de quatre semaines, en raison de son poids qui est inférieur à la norme. La première étape est de l'admettre pour un suivi médical pour savoir s'il y a une cause médicale. Les examens n'ont révélé aucune cause médicale, d'où la nécessité de la consultation de notre équipe.

Pour ce cas, nous devons évaluer les causes psychosociales qui nuisent à la prise de poids de ce nouveau-né. L'évaluation psychosociale identifie plusieurs informations qui sont toutes reliées à l'environnement. Les parents vivent sous le seuil de pauvreté dans un logement social avec six enfants qui ont tous des besoins spéciaux. Ils ont peu

d'éducation et n'assimilent pas toute l'information qui leur est transmise par les professionnels de la santé.

Ils ont aussi un faible réseau. Durant le séjour à l'hôpital, la mère n'arrivait pas à se réveiller la nuit pour nourrir le bébé. Lors des quatre jours passés à l'hôpital, le bébé a réussi à prendre du poids normalement, parce que les infirmières sont en charge et réveillent la mère la nuit. Après le congé de l'hôpital, je mets en place des services : référence à une infirmière qui les visitera deux fois par semaine pour contrôler la prise poids et un suivi en clinique externe avec notre clinique deux fois par semaine.

Pour le moment, le bébé retourne à la maison et un suivi serré sera fait pour s'assurer qu'il prenne suffisamment de poids. Étant donné qu'elle peut facilement passer inaperçue, la négligence est beaucoup plus difficile à déceler que l'abus physique ou sexuel par exemple. Le pédiatre et moi décidons de ne pas alerter les services de protection pour l'instant et prenons la décision de réévaluer la situation avec les services en place lors de la visite en clinique externe.

Après plusieurs rendez-vous et suivis, nous avons constaté que le bébé n'arrivait pas à prendre suffisamment de poids à la maison. Nous avons contacté la SAE. Une TS a été assigné au dossier et a mis en place plusieurs plans de sécurité avec les parents, sans succès. Le bébé a été placé chez une amie de la famille pour une période d'environ trois semaines, durant lesquels on a pu observer un gain de poids. La SAE continue d'être impliquée.

ii. Démultiplication des tâches

Encore une fois, j'ai plusieurs tâches dans différentes cliniques dans une même journée sans avoir l'impression de pouvoir perfectionner mon expertise au niveau de l'intervention auprès des familles vivant de la violence familiale. Comment puis-je avoir un impact significatif sur leur trajectoire si je n'ai pas le temps et la capacité d'intervenir et faire les suivis nécessaires ? Parfois, j'ai l'impression d'être d'une gestionnaire des dossiers.

6.4 JE SUIS GESTIONNAIRE DES DOSSIERS

Une grande partie de ma pratique est portée sur la gestion des dossiers.

6.4.1 Je siège sur le comité de révision

Ce matin, comme à tous les mardis matin de 9h30 à 11h30, nous révisons tous les cas où un signalement a été rapporté à une agence de protection de la région (SAE, DPJ, Valoris et les services de famille de l'enfance de L'Ontario). Ce matin il y a huit cas à discuter.

i. Lorsque les méthodes de discipline physique deviennent de l'abus physique

En après-midi, vers 15 heures, l'équipe de protection est consultée par l'aide à l'enfance. Une adolescente de 15 ans souffre d'une commotion cérébrale après avoir été frappée à la tête par son père avec le téléphone parce qu'elle n'avait pas demandé la permission de

l'utiliser pour parler à sa mère qui habite à l'extérieur du pays. L'adolescente était accompagnée par une TS de la SAE. L'enquête avec la police est en cours.

Le père est retiré de la maison. L'adolescente habite avec ses cinq sœurs et frères et sa belle-mère. L'adolescente à immigré au Canada il y a quelques mois à peine. Sa culture l'empêche de me regarder directement dans les yeux lors de l'évaluation médico-sociale, elle ne communique pas du tout. Elle semble effrayée par cette intervention et de son impact sur son avenir au Canada. Son père va-t-il décider de la retourner dans son pays ? Elle raconte que ce n'est pas la première fois qu'il agit ainsi. Elle ajoute que son père l'a déjà poussée contre le mur, étouffée et frappée avec la ceinture dans le but de la corriger d'un comportement qu'il trouvait inacceptable. Mais quand est-ce que cela dépasse la limite de l'éducation pour devenir de l'abus ?

Elle semble étonnée d'entendre qu'au Canada il y a des lois qui empêchent les parents d'utiliser la force physique sur leurs enfants. L'adolescente mesure ses mots, peut-elle nous faire confiance ? La vie de tout le monde va changer par la suite! Le sentiment de culpabilité est très présent chez elle. Elle se sent coincée et ne veut pas que son père ait des problèmes. Je dois prendre le temps de la mettre en confiance et travailler sur son sentiment de culpabilité.

L'évaluation médico-sociale relève plusieurs inquiétudes et confirme des marques de violence et les symptômes qu'elle décrit sont compatibles avec le dévoilement de la violence. Encore une fois, il y a un manque pour les suivis thérapeutiques pour les enfants vivant de la violence physique. Pour qu'ils puissent recevoir un suivi

thérapeutique au CHEO, ils doivent démontrer des symptômes significatifs. Il y a des services communautaires qui offrent une thérapie, mais les listes d'attente sont longues. Elle repart apeurée, la tête basse. Un suivi est mis en place à notre clinique externe. L'évaluation se termine vers 17 heures. Encore une fois, je n'ai pas le temps de transmettre mes notes dans EPIC.

L'enquête policière conjointe avec la SAE vérifiera les propos de l'adolescente. Des accusations sont déposées contre le père. Il ne pourra pas être en contact avec l'adolescente. Je me sens impuissante à intervenir à ce qui pourrait advenir par la suite.

En passant mon temps à faciliter la communication entre le pédiatre et le travailleur de protection de la SAE, compléter mon évaluation psychosociale dans des délais irréalistes me donne encore une fois l'impression d'être plutôt une gestionnaire des dossiers. En effet, le fait de ne pas faire de suivis, je ne sais pas si elle recevra un support continu pour elle et sa famille dans la communauté. Par la suite, l'évaluation complétée avec mes recommandations est envoyée, avec celle du pédiatre, à la SAE. Ma mission se termine ici.

6.5 LE RISQUE D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Le risque d'épuisement est réel pour les travailleurs sociaux. Il est certes causé par la surcharge et la démultiplication des tâches, mais il est aussi le fruit du poids émotionnel des journées de travail et de l'exposition à la violence exercée à l'encontre des enfants.

i. Une journée triste... Quand le système faillit

J'arrive au bureau vers 9 heures du matin. D'emblée, nous sommes mis au courant d'un cas précaire aux soins intensifs. Nous recevons la consultation officielle vers 11 heures.

Aujourd'hui, nous recevons une consultation provenant de l'unité des soins intensifs. Une mère aurait appelé le 911 lorsqu'elle aurait remarqué que son bébé de cinq semaines ne respirait plus. Le bébé est transporté d'urgence au CHEO. Quelques heures plus tard, il est déclaré mort. Lorsque notre division rencontre la mère, elle explique qu'elle aurait laissé le bébé quelques heures avec le père pour aller magasiner avec des amies et, à son retour, elle aurait fait la découverte macabre.

Elle explique que sa grossesse a été une surprise. Elle n'était pas au courant jusqu'au moment d'accoucher. Ce sont de jeunes parents au début de la vingtaine. Ils ne sont plus en couple, mais le père aide la mère à s'occuper de leur bébé, parce qu'il ne travaille pas. Leur réseau est plutôt restreint et l'agence de protection était impliquée au moment de la grossesse et continue d'être impliquée après la naissance. Une infirmière visite la maison à toutes les semaines et les parents participent à des groupes parentaux.

ii. Le travail émotionnel à faire sur soi

Mais qu'est-ce qui a bien pu se passer ? L'évaluation sociale-médicale a relevé des blessures graves à la tête, aux yeux et des fractures aux clavicules. L'enquête policière a conclu que le père aurait infligé ces blessures parce qu'il n'arrivait pas à consoler l'enfant. Le tout s'est passé très rapidement. Le père a été arrêté. C'est toujours

dommage de constater qu'une telle chose peut arriver, malgré tous les services en place pour justement éviter cette situation.

Une des grandes difficultés que j'ai notée durant ma réflexion est la présence d'épuisement professionnel plus élevé dans le cadre des cliniques de protection et le nombre accru du changement de travailleur social.

Le traumatisme vicariant est un enjeu important. Être exposé régulièrement à différentes histoires de maltraitance envers les enfants peut être difficile pour gérer ses propres émotions dans les situations auxquelles nous sommes confrontés. Le fait de le reconnaître est déjà un premier pas vers des stratégies d'autoprotection. Se connaître et connaître ses limites sont des éléments indispensables pour pouvoir travailler dans ce domaine.

CHAPITRE 7

DISCUSSION

7.1 PISTES DE RENOUVELLEMENT DE L'INTERVENTION DU RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL EN PROTECTION DANS LE MILIEU HOSPITALIER

Ce mémoire m'a amenée à me questionner sur mes années d'expérience, qui, à leur tour, m'ont fait réfléchir à propos des différentes pistes de renouvellement possibles dans le cadre de mes interventions auprès des familles vivant de la violence familiale. Le tout, en tenant compte des défis reliés aux interventions réalisées dans ma pratique en tant que travailleuse en protection à l'aide à l'enfance. Parmi ces derniers, on retrouve le nombre trop élevé de dossiers, le manque de ressources dans la communauté et le manque de soutien pour les travailleurs face aux différents signalements qui sont de plus en plus complexes.

Mon rôle de travailleuse sociale en milieu hospitalier pédiatrique intervenant auprès de familles vivant de la violence familiale m'a amenée à me questionner sur mon intervention et comment celle-ci peut coexister avec celle du travailleur en protection de façon enrichissante, sans pour autant se sentir en compétition ou comme un duplicata.

Finalement, comment renouveler mon expertise de façon plus concrète dans ma pratique ?

Ma période d'observation et de réflexion m'a permis de déceler six défis pour lesquels j'ai choisi d'apporter une autoréflexion et proposer différentes pistes de renouvellement :

- 1) Modèle s'inspirant d'une approche holistique en clinique de protection
- 2) Mettre plus d'emphasis sur l'intervention et non seulement sur l'évaluation
- 3) Assurer un suivi réel et nécessaire au profit des familles
- 4) Renforcement de la mission et de l'expertise en intervention du travailleur social en milieu hospitalier à la clinique de protection
- 5) Démultiplication des tâches
- 6) Risque d'épuisement professionnel et traumatisme vicariant

1) Modèle s'inspirant d'une approche holistique en clinique de protection

Dans la pratique, le modèle qui représente cette mission et sa philosophie est celui du « Child and Youth Advocacy Centres ». Les centres d'appui aux enfants (CAE) et les centres d'appui aux enfants et à la jeunesse (CAEJ) offrent une approche coordonnée et multidisciplinaire dans un environnement sécuritaire et confortable afin de répondre aux besoins des enfants, des adolescentes et adolescents et de leurs familles. Le tout premier CAE a été établi en 1985 à Huntsville en Alabama. Près de quarante ans plus tard, les CAE sont reconnus pour leurs pratiques exemplaires d'intervention dans les cas d'abus et de violence envers les enfants. Il existe plus de 900 CAE aux États-Unis et on en retrouve dans plus de 20 pays dans le monde. Malheureusement, il n'y pas encore de modèle actif présent en Ontario. J'ai donc choisi de m'inspirer du modèle opérant à Calgary, au Sheldon Kennedy Child Advocacy Centre.

Sa mission est d'avoir une approche multidisciplinaire pour traiter les enfants victimes de violence familiale, les jeunes et leurs familles; soutenir leur rétablissement, chercher à mettre fin au cycle de l'abus et se consacrer à traduire les auteurs en justice. Le tout se fait sous le même toit, comparativement à la clinique de protection du CHEO, où tout est pratiqué en silo et non conjointement. Au CHEO les opérations sont éparpillées spatialement : les entrevues policières se font au poste de police, celles avec les agences de protection dans leurs bureaux ou ailleurs et ensuite il y a la visite à la clinique de protection située au CHEO. De plus, celle-ci peut se dérouler à différents endroits à l'hôpital puisque, pour le moment, la clinique n'a pas un endroit spécifiquement dédié pour cette dernière. Lors d'une consultation, nous utilisons le département d'urgence ou tout autre espace réservé à différentes cliniques dans l'hôpital. Cette instabilité engendre parfois de la confusion chez des patients et des travailleurs des agences de protection.

Changer d'approche aurait pour effet de réduire le nombre d'entrevues avec les enfants pratiquées à différents endroits, ce qui serait moins intimidant et limiterait le phénomène de re-victimisation.

7.2 RECOMMANDATIONS

Un projet pilote devrait être mis en place et pourrait s'inspirer de ce modèle : offrir plus d'éducation afin de pouvoir offrir une thérapie sur place aux enfants, aux jeunes et à leurs familles. Il faudrait transformer les pratiques pour avoir une approche plus holistique, où tout ce qui entoure l'enfant est pris en considération et fait également partie de la thérapie. De plus, intervenir directement après avoir fait une étude des

besoins, travailler de concert avec les corps policiers, la Société de l'enfance et la clinique de protection auraient un impact sur le manque de communication existante. Ce manque de communication est dû aux contraintes des politiques sur la confidentialité, l'améliorer permettrait d'amener plus d'abuseurs en justice.

1) Mettre plus d'emphase sur l'intervention et non seulement sur l'évaluation

Les gouvernements devraient appuyer les collectivités locales qui ont besoin de se doter de systèmes efficaces et sûrs d'intervention contre la maltraitance et la négligence des enfants, de même ils doivent entreprendre et maintenir des programmes de prévention. Ces programmes doivent, entre autres, viser à améliorer le système de justice pénale, l'intervention des hôpitaux et des cliniques dans les dossiers de maltraitance et de négligence des enfants. La prévention de la maltraitance et de la négligence des enfants doit devenir une préoccupation de la santé publique nationale qui se reflète dans les politiques, les objectifs, les programmes et les budgets (Eckenrode, 2004, p. 6).

Sur le terrain, je suis constamment portée à faire les évaluations nécessaires, mais il y a peu de place pour l'intervention et la prévention. Or, la prévention est cruciale pour le rétablissement et pour la prévention de la maltraitance. On doit continuer à se battre pour recevoir plus de support provenant du gouvernement, s'assurer qu'il augmente le budget relié à l'intervention et à la prévention dans le rôle du travailleur social en milieu hospitalier intervenant avec les familles vivant de la violence familiale.

i. *Recommandations : the Trauma – Informed Care (soins tenant compte des traumatismes)*

Children and adolescents who are exposed to traumatic events are helped by numerous child-serving agencies, including health, mental health, education, child welfare, first responder, and criminal justice systems to assist them in their recovery. Service providers need to incorporate a trauma-informed perspective in their practices to enhance the quality of care for these children. (Ko, Ford, Kassam-Adams et Layne, 2008, p. 396)

Par exemple, le gouvernement doit se pencher sur les soins tenant compte des traumatismes, encourageant ainsi une sensibilisation et une reconnaissance des traumatismes de maltraitance vécus et suggérant une approche empathique et compréhensive, tout en reconnaissant la résilience des patients qui se retrouvent à l'hôpital.

In most health care settings, multiple professional disciplines, subspecialists, and trainees work in hierarchically structured teams in which the paced of information flow and decision making is rapid and provider and patient interactions are often very brief. However, pediatric health care provides the potential for continuity and ongoing relationships between providers and both children and families, which can serve as a base for identifying and initiating specialized, care for traumatized children. (Ko et coll., 2008, p. 399)

Une approche de soins aux traumatismes devrait être mise de l'avant et être explorée au sein du CHEO. Particulièrement, au département de la division de protection des enfants et adolescents, des outils suivant ce modèle et un suivi thérapeutique avec les familles devraient définitivement être mis en place. Ainsi, cette approche est une initiative que l'administration de l'hôpital doit engendrer comme processus en sensibilisant les employés et en leur offrant de l'éducation et des outils de travail appropriés.

2) Assurer un suivi avec les familles

L'approche familiale et écologique continue de prendre de l'ampleur. Aux États-Unis, un mouvement nommé « sauvegarde de la famille » a pris naissance il y a quelques années. Toutes les sphères du fonctionnement de la famille sont touchées et on assiste à un décloisonnement des services de façon à les rendre accessibles sans détour administratif : services de santé, d'éducation, de thérapie individuelle et familiale, de garderie, d'aide juridique, etc. Dans ce modèle, on rejoint quotidiennement les familles dans leur milieu de vie et on adapte les services à leurs besoins (Bouchard, 2009, p. 13). De ce fait, ce modèle démontre l'importance d'offrir un suivi selon les besoins de la famille.

Au CHEO, nous sommes témoins de l'ampleur des familles impliquées dans une agence de protection, où les enfants demeurent au sein du foyer familial et où la nécessité d'obtenir un suivi est cruciale. Une question demeure : quel service devrait être responsable du suivi ? Le CHEO, les agences de protection de la jeunesse ou les services communautaires ?

i. Recommandations

En tenant compte de l'approche écologique, lorsqu'une famille est vue en clinique de protection au CHEO et qu'un suivi est nécessaire de façon préventive, un suivi psychosocial devrait être possible, sans pour autant nécessiter un suivi médical. Le suivi serait plutôt adapté selon les besoins de la famille. Pour le moment, la présence d'un suivi psychosocial sans suivi médical est plus rare et survient seulement lors de cas plus

urgents et à risque élevé. Pourtant, il devrait être offert de façon plus régulière, ce qui pourrait éviter le temps d'attente et agir comme transition aux références institutionnelles ou dans la communauté.

3) Renforcement de la mission et de l'expertise en intervention du travailleur social en milieu hospitalier à la clinique de protection

Selon Berthiaume (2009a), un des enjeux encore présents aujourd'hui est celui de développer, de promulguer et de diffuser des protocoles de consultation fondés sur une problématique spécifique de vulnérabilité psychosociale à une problématique qui précise les critères d'une demande de consultation en travail social. « À défaut, nous nous retrouvons en présence d'un système où d'autres professionnels définissent pour le travail social sa clientèle, son rôle et le moment de son intervention » (Berthiaume, 2009a, p. 93).

Dans la pratique, les travailleurs sociaux du CHEO se retrouvent dans différents départements et, dans la plupart des cas, dans plusieurs départements de l'hôpital, sans pour autant bénéficier d'une expertise au niveau de la problématique desservie mais plutôt d'une formation générale en travail social. Selon Berteau *et al.* (2011), il faut renforcer l'expertise du rôle du travail social par : « ...l'acquisition de connaissances sur la pratique, le développement d'habiletés et de compétences, mais le tout adapté aux besoins de chacun » (p. 62).

Ce principe est important pour renforcer le sentiment d'expertise du travailleur social dans son département. Un accès à de la formation et à une possibilité de développer une

expertise devrait être privilégié. Par exemple, pour être en mesure de mieux supporter un enfant victime d'abus sexuel, une formation devrait être mise en place avant de pouvoir intervenir.

4) Démultiplication des tâches

De par sa profession, le travailleur social porte plusieurs chapeaux et est affecté à plusieurs départements. C'est le cas du travailleur social en milieu hospitalier, qui agit en tant que travailleur social de la clinique de protection, de la clinique de VIH et de celle des maladies infectieuses. Ce qui a pour effet de multiplier ses tâches et la population desservie mais également d'aggraver le manque de temps pour assurer les suivis et le counseling adéquats et, par le fait même augmenter le sentiment d'insatisfaction. Selon Durand (2004), ce phénomène représente l'intensification du travail dans le secteur social.

En d'autres termes, il s'agit de faire toujours plus tout en ayant moins de temps consacré pour y parvenir. L'augmentation de la charge de travail, qui est la cause principale de l'intensification, prend des formes diverses (augmentations du nombre de personnes à suivre, des procédures administratives, des rapports écrits...) plus ou moins accentuées selon les catégories de travailleurs sociaux. (Melchior, 2008, p. 159)

i. Recommandations

Optimiser, à la clinique de protection au CHEO, la possibilité de pouvoir accentuer l'expertise en intervention auprès des familles en général et de celles vivant de la violence familiale en particulier et ainsi permettre plus d'interventions spécialisées, de support et de suivi.

Permettre au travailleur social d'augmenter ses savoirs en favorisant l'expertise au lieu de multiplier les rôles. Comme le mentionne Fortin (2003), le travail social est une profession difficile à circonscrire en raison de son vaste champ d'intervention. Donc, dans le but de s'assurer d'un développement professionnel adéquat, il faut se centrer sur l'aspect clinique de l'intervention plutôt que sur l'aspect administratif.

5) Risque d'épuisement professionnel et traumatisme vicariant

Selon, Bennett, Plint et Clifford (2005) :

They are unique emotional demands placed on hospital based child and youth protection practitioners who face concerns for personal safety and possible medical-legal litigation. They are more at risk from cumulative effects of vicarious exposure to trauma. (p. 365)

Le risque d'épuisement professionnel est accru avec la charge émotionnelle provoquée par les dossiers de protection et les répercussions sur la vie des familles impliquées. En 2013, un médecin de l'hôpital St-Justine s'est enlevé la vie après avoir subi une attaque à l'arme blanche suite à un reportage de Radio-Canada portant sur sa responsabilité dans différents dossiers impliquant la DPJ (La Presse, 2013).

Bref, le trop grand nombre de dossiers, la sévérité des cas, la rédaction des évaluations psychosociales, le manque de formation et de ressources sont des éléments qui augmentent le risque de traumatisme vicariant. En travaillant dans plusieurs départements (clinique du VIH, clinique de protection et des maladies infectieuses), j'éprouve un sentiment d'impuissance à ne pas pouvoir m'investir au maximum dans ces dossiers et j'augmente alors mon exposition au traumatisme.

i. Recommandation

À la clinique, nous tentons de privilégier le support émotionnel et nous avons accès à un psychologue qui offre un soutien où l'équipe peut se sentir en sécurité pour extérioriser ses émotions. Nous avons aussi des rencontres préétablies de pré et post-clinique où nous discutons des cas, ce qui nous permet de pouvoir échanger et d'apporter du support. Cependant, avec nos horaires chargés, les rencontres sont souvent annulées et la réalité peut être différente des bonnes intentions.

CONCLUSION

Ce travail a apporté une tentative de définir et de faire la lumière sur la problématique de la violence familiale à l'égard des enfants qui, malgré de nombreuses avancées en recherche, continue de demeurer en second plan dans la société. Après plusieurs tentatives de sensibilisation, l'effort reste encore inégal et peu soutenu (surtout financièrement). On peut identifier certaines raisons pour le peu d'adhésion, entre autres la stigmatisation et le malaise de la population, en général, à faire face à la violence familiale faite aux enfants. Cette problématique, qui est encore taboue dans notre société, se situe pourtant dans un paradigme qui englobe plusieurs sphères : l'état physique et mental d'un individu ainsi que les conséquences engendrées par la violence familiale sur le plan du fonctionnement en société et des dépenses qu'elle génère au niveau du système médical, de protection et du système judiciaire. Bien qu'aujourd'hui les hôpitaux y portent une attention particulière et reconnaissent qu'elle nécessite une approche pluridisciplinaire (Hiquet *et al.*, 2016), il reste encore du travail à faire pour s'assurer d'un impact positif à long terme sur les familles.

La description des données sur l'impact de cette problématique a été pertinente, basée sur les études canadiennes (ECI) et québécoises (EQI) sur ce sujet, études qui ont pu démontrer l'importance des signalements et comprendre les différentes formes de violence. Il va sans dire que, malgré la mise en place de plusieurs programmes gouvernementaux et de lois pour tenter de contrer cette problématique, on doit continuer

d'y porter une attention particulière. Ainsi le contexte légal de la protection de l'enfance et de la DPJ a beaucoup évolué mais il demeure un système qui fait place à plusieurs critiques et constats par les auteurs cités dans le recensement des écrits. C'est une réflexion qui reste à faire pour l'avenir des services de protection. C'est d'ailleurs ce qui nous incite à vouloir comprendre pourquoi une surcharge de travail et les contraintes de ce rôle sont si importantes. Malgré la position de plusieurs auteurs face à l'impact négatif que peuvent avoir les interventions des TS en milieu de protection au sein des familles les plus vulnérables, il est clair qu'on doit continuer à se questionner sur l'avantage du partage du pouvoir et également sur son existence.

D'une part, le rôle du TS en protection et en milieu hospitalier a beaucoup évolué mais, d'autre part, plusieurs enjeux et défis demeurent. Le TS est souvent mal compris, mais il est clair que sa fonction est toujours pertinente et qu'on se doit de réussir lorsqu'on travaille en collaboration.

Il était donc pertinent d'aborder un sujet peu documenté dans la littérature et exercé par peu de personnes. C'était aussi une des limites de ce mémoire de recherche. En Ontario, le seul modèle hospitalier pédiatrique se trouve au CHEO. La pratique de cette profession se fait sur une grande superficie de l'Ontario mais également sur une partie du Québec, dû à la proximité géographique de la ville de Gatineau.

Afin de réaliser ce mémoire, j'ai utilisé l'approche auto-ethnographique qui se base sur mes autoréflexions pour amener une réflexion et des pistes de renouvellement sur ce rôle encore peu connu, même au sein de l'hôpital. Cet accès particulier au fonctionnement de la

division de la clinique de protection a été essentiel pour faire une autoréflexion qui pourra avoir un impact sur l'intervention du TS, pour l'améliorer, l'élargir, et la ramener vers ses canons classiques d'intervention directe et de suivi. Cette méthode a situé l'intervention du TS en milieu hospitalier intervenant auprès des familles vivant de la violence familiale dans un continuum d'interventions existantes et d'autres à développer. Cette recherche a su également démontrer que le travailleur social était bien placé pour apporter des changements et il prouve également qu'on peut intervenir de façon à avoir un impact positif sur la trajectoire des parents qui, à leur tour, pourront aussi avoir un impact sur le développement des enfants et sur les générations futures. Pour conclure, je tiens à mentionner que l'apport du TS en milieu hospitalier au sein de l'équipe de protection peut définitivement être très positif pour les familles.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*, www.phacaspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008_report_fra.pdf.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2016). *Regard sur la violence familiale au Canada*. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, réf de septembre 2017, <http://canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-family-violence-2016-etat-sante-publique-violence-familiale/alt/pdf-fra.pdf>.
- ALBERT, Jim et Margot HERBERT (2016). « Protection de l'enfance », *The Canadian Encyclopedia*, www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/protection-de-lenfance/.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2008). « Creating trauma-informed systems : Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice », *Professional Psychology Research, and Practice*, Vol 39, No 4, p. 396-404.
- ANADON, Marta (2006). « La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents », *Recherches qualitatives*, Vol. 26, No 1, p.5-31.
- ANDREW, Stephen (2017). *Searching for an auto-ethnographic ethic*, New York, Taylor & Francis, 158 p.
- ATTARD, Céline (2013). « Regards croisés sur la protection de l'enfance: les institutions face au dilemme de la violence familiale », *Revue psychothérapie psychanalytique de groupe*, Vol.2, No 61, p. 210.
- ASSOCIATION INTERNATIONALE DES VICTIMES DE L'INCESTE (AIVI) (2011). *Quel est votre score ACE ?* réf de juin 2018, <https://aivi.org/vous-informer/telechargements/finish/4-brochures-et-documents-aivi/431-aivi-quel-est-votre-score-ace.html>.
- BALA, Nicholas (dir.) (2004). *Canadian child welfare law : Children, families and the State*, Toronto, Thompson Educational Publ., Second Edition, 464 p.
- BEAUD, Stéphane (1996). « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique » », *Revue Politix*, Vol. 35, No9, p. 226-257.

- BÉNARD, Laure-Élina (2010). *À la croisée des chemins : Intervention des travailleurs sociaux en périnatalité en contexte hospitalier, selon un modèle d'intervention de crise*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- BENAROUS, Xavier et collaborateurs (2014a). « Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Vol, 62, No 5, p. 299-312. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.005>.
- BENAROUS, Xavier et collaborateurs (2014b). « Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Vol. 62, No 5, p. 313-325, <https://Doi.Org/10.1016/J.Neurenf.2014.04.010>.
- BENNETT, Susan, Amy C. PLINT et Tammy CLIFFORD (2005). « Burnout, psychological morbidity, job satisfaction and stress : A survey of Canadian hospital based child protection professionals », *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 90, No 11, p. 1112-1116.
- BERNARD, Léonel et Christopher McALL, C. (2004). « La surreprésentation des jeunes haïtiens dans le système québécois de la protection de la jeunesse », *Intervention*, No 120, p. 117-124.
- BERTHIAUME, Claudia (2018). « Une mère plaide coupable pour la mort de son enfant », *TVA Nouvelles*, 16 mars, www.tvanouvelles.ca/2018/03/16/une-mere-plaide-coupable-pour-la-mort-de-sonenfant.
- BERTHIAUME, Jean-François (2008). « De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social en milieu hospitalier », *Intervention*, No 128, p. 6-14.
- BERTHIAUME, Jean-François (2009a). « Rôle et contribution du travail social médical en hôpital universitaire », *Travail social canadien*, Vol. 12, No 2, p. 106-120.
- BERTHIAUME, Jean-François (2009b). « Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier », *Intervention*, No 131, p. 89-107.
- BIRON, Pierre-Paul (2018). « Rosalie poignardée à plus de dix reprises : aucune accusation de meurtre déposée contre sa mère », *Journal de Québec*, 4 septembre, <https://www.journaldequebec.com/2018/04/19/lapetite-rosalie-aurait-ete-tuee-a-coups-de-couteau>.
- BOPP, Michael, Judie BOPP et Phil LANE (2003). *La violence familiale chez les autochtones au Canada*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 144 p.
- BOUCHER, Manuel (2015). « Participation et protection de l'enfance : une relation dangereuse ». *Revue sciences et actions sociales*, No 2, p. 37.

- BOWLBY, John (1951). *Maternal care and mental health*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- BRETON, Alexandra, Sarah DUFOUR et Chantal LAVERGNE (2012). « Les enfants autochtones en protection de la jeunesse au Québec : leur réalité comparée à celle des autres enfants autochtones en protection de la jeunesse au Québec : leur réalité comparée à celle des autres enfants », *Criminologie*, Vol. 45, No 2, p. 157.
- BRETON, Alexandra (2011). *Les enfants autochtones en protection de la jeunesse au Québec : leur réalité comparée à celle des autres enfants*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- CANADIAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (2017a) *Le travail social au Canada, une profession essentielle*, www.caswacts.ca/sites/default/files/attachements/.
- CANADIAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (2017b). « Canadian social work/Le travail social canadien », *CASW-ACTS Journal*, Vol. 19, No 1, p. 214.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2017). *Adverse childhood experiences*. Atlanta, www.cdc.gov/.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE (2016). *Pédiatrie sociojuridique*, <https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pediatrie-sociojuridique>.
- CHAMBERLAND, Claire et collaborateurs (2012). « Correlates of substantiated emotional maltreatment in the second Canadian incidence study », *Journal of Family Violence*, Vol. 27, No 3, p. 201-2013.
- CHANG, Heewon (2008). « Auto-ethnography in health research : Growing pains ? » *Qualitative Health Research*, Vol. 26, No 4, p. 443-451.
- CHANG, Heewon (2016). *Auto-ethnography as method*, New York, Routledge, 230 p.
- CHAPOULIE, Jean-Michel (2000). « Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie », *Sociétés contemporaines*, Vol. 40, No 1, p. 5-27.
- CHATAM-CARPENTER, April (2010). « Do thyself no harm : Protecting ourselves as auto-ethnographers », *Journal of Research Practice*, Vol. 6, No. 1, p. 1-13.
- CHILDREN'S AID SOCIETY OF OTTAWA-CARLETON (1993). *Les enfants d'abord : sauvegarder les familles pour les enfants*. Plan général de la Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa-Carleton.
- CHILDREN'S HOSPITAL ASSOCIATION (2012) *Survey Findings Children's Hospitals Child Abuse Services*, USA, <https://www.childrenshospitals.org/~/>

[media/Files/CHA/Main/Issues_and_Advocacy/Key_Issues/Child_Health/Child_Abuse/child_abuse_survey_findings_100112.pdf](#).

CLARKSON, May (1994). *La violence familiale : une approche systémique*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Services des études et analyses, 83 p.

CLÉMENCAU, Georges (1994). *Auguste Comte et le positivisme*, traduction du livre de John Stuart Mill, 1868, Paris-Montréal, L'Harmattan, 204 p.

COLAS, Johanne et H. INOUA (2017). « Combining strengths to address the needs of families living with HIV : A clinical institution/community-based organization partnership to support families living with HIV », *Canadian Social Work*, p.195-201.

COMMISSION SUR LE RACISME SYSTÉMIQUE DANS LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE EN ONTARIO (1995). *Rapport de la Commission sur le racisme systémique dans le système de justice pénale en Ontario*, Ontario, Imprimeur de la Reine.

COTTON M.-È. (2008). Maîtres chez nous ? Racisme envers les peuples autochtones au Québec et au Canada. *L'autre, cliniques, cultures et société*, 9 (3), 361-371.

D'AMOURS, Oscar (1986). « Survol historique de la protection de l'enfance au Québec, de 1608 à 1977 », *Service social*, Vol. 35, No 3, p. 386-415.

DE KERNIER, Nathalie, Pierre CANOÛ et Béatrice THOUVENIN (2010). « Geste suicidaire, expression agie d'une violence familiale tacite ? », *L'évolution psychiatrique*, Vol. 75, No 1, p. 123-137.

DENZIN, Norman et Yvonna LINCOLN (2003). *Turning Points in Qualitative Research*, Illinois, University of Illinois, 496 p.

DERVILLE, Grégory (2011). « Le système territorialisé de protection de l'enfance : enjeux et difficultés de la mise en œuvre de la réforme du 5 mars 2007 », *Informations sociales*, Vol. 162, p. 122-129.

DRAPEAU, Martin (2004). « Les critères de scientificité en recherche qualitative/Science-like criteria in qualitative research ». *Pratiques psychologiques*, Vol. 10, No 1, p. 79-86, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176304000057.

DUBÉ, Gabrielle (2016). « L'auto-ethnographie : une méthode de recherche inclusive ». *Présence*, Vol. 9, p. 1-20, https://www.uqar.ca/uqar/universite/a-propos-de-luqar/departements/psychosociologie_et_travail_social/presences-vo19-2-dube-lautoethnographie-une-methode-de-recherche-inclusive.pdf.

- DUCHESNE, Claire et Rodney LEUREBOURG (2012). « La recherche-intervention en formation des adultes: une démarche favorisant l'apprentissage transformateur », *Recherches qualitatives*, Vol. 31, No 2, p. 3-24.
- DUMONT, Annie et collaborateurs (2014). « L'exposition à la violence familiale », *Criminologie*, Vol. 47, No 1, 149-166.
- DUMONT, Jean-Christian (1990). « L'impérium du pater familias », *École Française de Rome*, Vol. 129, p. 475-495.
- DURAND, Jean-Pierre (2004). *La chaîne invisible : travailler aujourd'hui. Flux tendu et servitude volontaire*, Paris, Éditions du Seuil.
- ELLIS, Carolyn, Tony ADAMS et Arthur BOCHNER (2010). « Auto-ethnography : An overview », *Qualitative Social Research*, Vol. 12, No 1.
- ENCYCLOPÉDIE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS (2012). *Maltraitance des enfants*, www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/selonexperts/la-prevention-de-la-maltraitance-et-de-la-negligeance-des.
- ESANTÉ MENTALE (2018). *Traumatisme chez les enfants et les adolescents*, www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Traumatismes-chez-les-enfants-et-les-adolescents/index.php?ID=8902&m=article.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta (2007). *Les trois mondes de l'État-providence : Essai sur le capitalisme moderne*, Paris : PUF, 308 p.
- EZEKIEL, Judith (2010). « I grew up white : Crossing borders and changing race », *Meridians : Feminism, Race, Transnationalism*, Vol. 10, No 2, p. 124-140.
- FELITTI, Vincent et collaborateurs (1998). « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *American Journal of Prevention Medicine*, Vol. 14, No 4, p. 248-258.
- FELITTI, Vincent et Robet ANDA (2002). « The relationship of adverse childhood experiences to adult health status », *Z Psychosom Med Psychother*, Vol. 48, No 4, p. 359-369.
- FINKELHOR, David et collaborateurs (2015). « A revised inventory of adverse childhood experiences », *Child Abuse & Neglect*, Vol. 48, No 1, p.13-21.
- FLUKES, John D., Ying-Ying T. YUAN, John HEDDERSON et Patrick A. CURTIS (2003). « Disproportionate representation of race and ethnicity in child maltreatment : Investigation and victimization », *Children and Youth Services Review*, Vol. 25, Nos 5-6, p. 359-373.

- FORTIN, P. (2003). *L'identité professionnelle des travailleurs sociaux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec, p.85-104
- FRAIBERG, Selma, Edna ADELSON et Vivian SHAPIRO (1975). « Ghost in the nursery : A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships », *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, Vol. 14, No 3, p. 387-421.
- GAUTHIER, Benoît (2009). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- GENDARMERIE ROYALE DU CANADA (2016). Ottawa, www.rcmp-grc.gc.ca/cycp-cpcj/violence/fv-vf/index-fra.htm.
- GROSSMANN, Klaus, E., Karin GROSSMANN et Everett WATERS (2005). *Attachment from Infancy to Adulthood*, New York, The Guilford Press.
- GUILLEMETTE, François (2006) « L'approche de la *Grounded Theory*; pour innover ? », *Recherche qualitatives*, Vol. 26, No 1, p. 32-50, www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition.../fguillemette_ch.pdf.
- GUSEW, Annie et Ginette BERTEAU (2011). *Le développement professionnel d'intervenants sociaux assignés à des services d'accueil ou de court terme en contexte d'urgence ou de crise*, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- GUTERMAN, Neil B. et collaborateurs (2013). « Examining the effectiveness of homebased parent aide services to reduce risk for physical child abuse and neglect: six-month findings from a randomized clinical trial », *Child Abuse and Neglect* Vol.37, No 8, p. 566-577.
- GUZIK, Elysia (2013). « La représentation de nous-mêmes dans la recherche en sciences de l'information : essai méthodologique sur l'auto-ethnographie », *Revue canadienne des sciences de l'information et de bibliothéconomie*, Vol. 37, No 4, p. 267-283.
- HÉBERT, Jacques et Claire CHAMBERLAND (1993). « Une expérience de prévention sociale qui remet en question nos services enfance-famille », *Nouvelles pratiques sociales*, Vol 6, No 2, p. 59-69, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/cestudy/index.html>.
- HILL, Robert B. (2006). *Synthesis of research on disproportionality in child welfare. An update*, Washington, Casey CSSP Alliances for Racial Equity in the Child Welfare System.

- HIQUET, J. et al. (2016). Apport de la médecine légale à la protection de l'enfance: présentation d'un mode d'évaluation pluridisciplinaire, réf de juin 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2016.09.014>.
- HOVDESTAD, Wendy et collaborateurs (2015). « Vulnerability within families headed by teen and young adult mothers investigated by child welfare services in Canada », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, Vol. 35, Nos 8-9, p. 143-150.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2012). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012 : les attitudes parentales et les pratiques familiales*. Québec, ISQ, www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence_familles/violence-familiale-2012.pdf.
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS) (2016). *Les mauvais traitements psychologiques*, www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication.html?Publication_PluginController%5Bcode%5D=FICHE&PublicationPluginController%5Buid%5D=446&PublicationPluginController%5BbackUrl%5D=%252Fnc%252Fpublications%252Fpublications.html&cHash=6d692c074d660374dbed7e06718e90b8.
- KHAN, Saadiaa (2016). *Humanity lost : The personal impact of discrimination against Muslims in the popular news media*, Hamilton, McMaster University, 132 p.
- KO, Suzan et collaborateurs (2008). « Creating trauma-informed systems : Child welfare, education, first responders, health care, juvenile Justice », *Professional Psychology Research and Practice*, Vol. 39, No 4, p. 296-404.
- KRUGMAN, Richard D. (2012). « The ACE Study ». *JAMA*, Vol. 308, No 7, p. 718-719.
- LAMBELET-COLEMAN, Doriane et collaborateurs (2010). « Where and how to draw the line between reasonable corporal punishment and abuse », *Law and Contemporary Problems*, Vol. 73, No 2, 107-166, <https://scholarship.law.duke.edu/lcp/vol73/iss2/6/>.
- LAPIERRE, Simon et Dominique DAMANT (2016). *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 263 p.
- LAPIERRE, Simon, Geneviève LESSARD et Louise HAMELIN BRABANT (2016). *Les violences dans la vie des enfants et des adolescents, Enjeux théoriques, méthodologiques et sociaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 181 p.
- LAVERGNE, Chantal et collaborateurs (2009). « Facteurs-clés d'une collaboration réussie entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de toxicomanie

- parentale », dans Pauline Morrissette et Marielle Venne, *Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire*, Montréal, Éditions Sainte-Justine. p. 143-178.
- LETRILLIART, Laurent et collaborateurs (2009). « Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : De « Maladie » à « Veratim », *Revue française de médecine générale*, Vol. 88, No 1, p.106-112.
- LÉVESQUE, L. (2017). *Le pédiatre Alain Sirard s'est suicidé, confirme le coroner*, réf de juin 2018, <http://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/faits-divers/201711/10/01-5143167-le-pediatre-alain-sirard-sest-suicide-confirme-le-coroner.php>
- LHOTELLIER, Alexandre et Yves ST-ARNAUD (1994). « Pour une démarche praxéologique », *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 7, No 2, p. 93-109.
- MAIN, Alvin, Nancy KAPLAN et Jude CASSIDY (1985). « Security in infancy, childhood, and adulthood : A move to the level of representation, *Monographs of the Society for Research Child Development*, Vol. 50, Nos 1-2, p. 66-104.
- MARTIN, Claude (2012). *Travailleurs sociaux-parents : un accord à construire, un enjeu incertain de coordination*, http://cediasbibli.org/opac/doc_num.php?expl_num_id=1924.
- MELCHIOR, Jean-Philippe (2008). « L'intensification du travail : une atteinte à l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux », dans Danièle Linhart, *Pourquoi travaillons-nous : une approche sociologique de la subjectivité au travail*, Paris, Érès, p. 159-182.
- MERRIEN, François-Xavier (2007). *L'État-providence*, Paris, Que sais-je ?, 128 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ (2007). *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent*, www.reforme-enfance.fr/guides.html.
- MINISTÈRE DES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA JEUNESSE (2016). *Normes de la protection de l'enfance en Ontario*, www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication.html?PublicationPluginController%5Bcode%5D=FICHE&PublicationPluginController%5Buid%5D=446&PublicationPluginController%5BbackUrl%5D=%252Fnc%252Fpublications%252Fpublications.html&cHash=6d692c074d660374dbed7e06718e90b8.
- MONSEBRAATEN, Laurie, Sandro CONTENTA et Jim RANKIN (2016). *Ministry-funded CAS report urges overhaul to keep black kids out of care*, <https://www.thestar.com/news/canada/2016/09/29/ministry-funded-cas-report-urges-overhaul-to-keep-black-kids-out-of-care.html>.

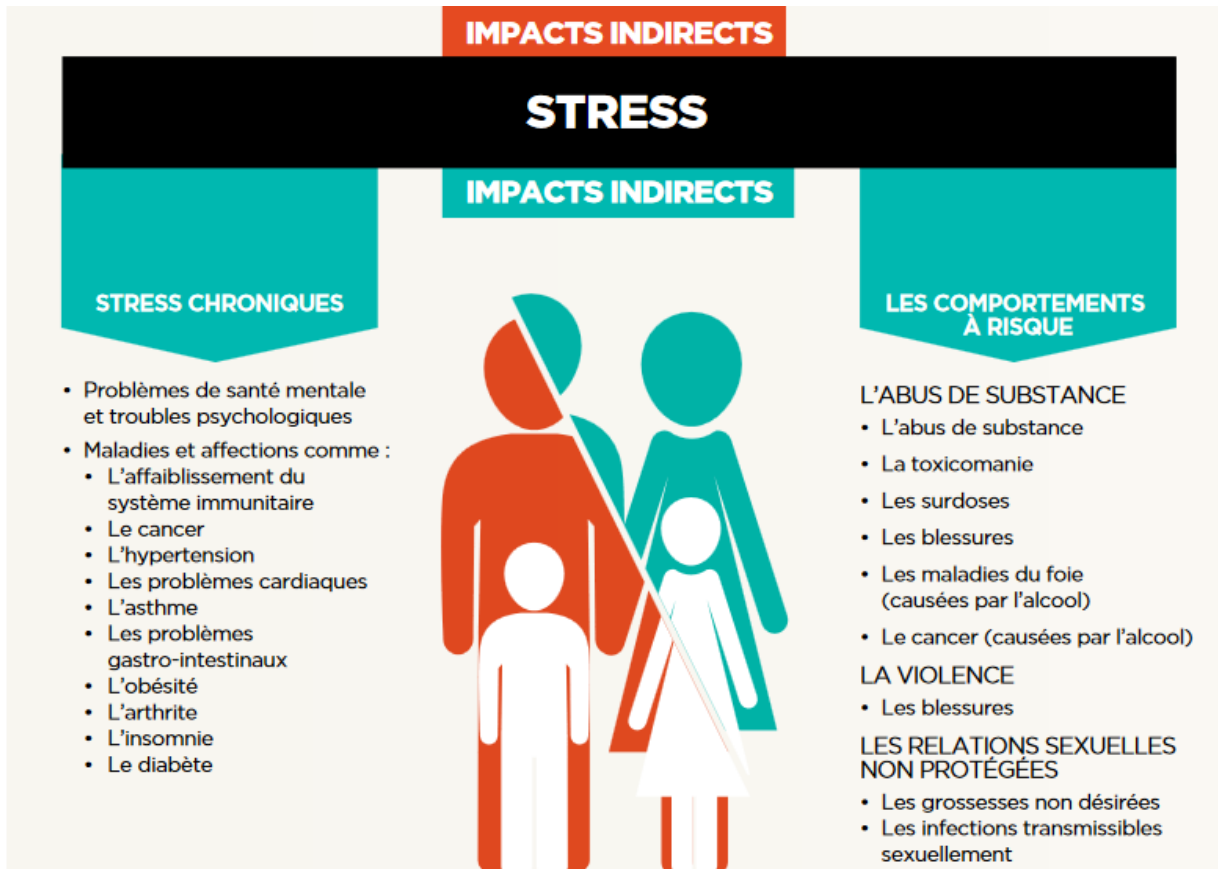
- MORVAL, Monique V. G. (1992). « À propos de la violence familiale », *Psychologie canadienne*, Vol. 33, No 2, p.144-150.
- MULTIDISCIPLINARY CHILD PROTECTION TEAMS (2016). *The social worker's role*, www.socialworktoday.com/archive/031513p26.shtml.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE (ONPE) (2016). *Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n. 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant*, www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf.
- OBSERVATOIRE SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS (2016). *Faits saillants et statistiques*, <http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Faits%20saillant%20et%20statistiques.aspx>
- ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC (OTSTCFQ) (2009). *La pratique professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux dans la protection de l'enfance*. https://www.otstcfq.org/docs/cadres-et-guides-de-pratique/guide_protection_jeunesse.pdf?sfvrsn=5.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2016). *La maltraitance des enfants*, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr.
- PAUZÉ, Marielle (2009). « Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte », *Intervention*, Vol. 131, p. 98-107.
- PERRAULT, Isabelle et Guylaine BEAUDOIN (2008). *La négligence envers les enfants*, www.clipp.ca/images/documents/bilans/BilanConnaissances_negligence.pdf
- PERRIAM, Christine (2015). *Social work is what social workers do : A study of hospital social workers understanding of their work and their professional identity*, <http://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2675&context=theses>.
- POTTER, D., T. NASSERIE et Lil TONMYR (2015). « A review of recent analyses of the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect (CIS) », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, Vol. 35, Nos 8-9, p. 119-129.
- RÉSEAU NATIONAL DE RESSOURCES EN SCIENCES MÉDICO-SOCIALES (RNRSMS) (2010). *Le partenariat dans le travail social*, http://rnrsms.ac-creteil.fr/IMG/pdf/le_partenariat_dans_le_travail_social-final.pdf.

- ROBERTSON, Sarah (2011). *Warden or neighbor : Can power be shared in child*, www.brantfac.ca/files/3513/9463/2221/SharedinChildWelfarebySarahRobertson.pdf.
- RONDEAU, Karine (2011). « L'auto-ethnographie : une quête de sens réflexive et conscientisée au cœur de la construction identitaire », *Recherches qualitatives*, Vol. 30, No 2, p. 48-70.
- ROSANA, E. (2012). *The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect : A systematic review and meta-analysis*, réf de juin 2018, <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001349>.
- SALÉE, Daniel (2005). « Peuples autochtones, racisme et pouvoir d'État en contextes canadien et québécois : éléments pour une ré-analyse », *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 17, No 2, p. 54-74.
- SELLES, Laurent (2011). « Prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance de frais d'hébergement de familles », *Journal du droit des jeunes*, Vol. 1, p. 34.
- SHAW, Terry V. et collaborateurs (2008). « Measuring racial disparity in child welfare », *Child Welfare*, Vol. 87, No 2, p. 23-36.
- SICK KIDS (2014). *About Sick Kids*, Toronto, www.sickkids.ca/.
- SKEEN, Sarah et Mark TOMLINSON (2013). « A public health approach to preventing child abuse in low and middle income countries : A call for action », *International Journal of Psychology*, Vol. 48, No 2, p. 108-116.
- SPRY, Thomas (2001). Performing autoethnography : An embodied methodological praxis, *Qualitative Inquiry*, Vol. 7, No 6, p. 706-732.
- SROUFE, L. Alan (2005). « Attachment and development : A prospective, longitudinal study from birth to adulthood », *Attachment & Human Development*, No 7, p. 349-367.
- ST-ARNAUD, Yves, Lucie MANDEVILLE et Chloé BELLEMARRE (2002). « La praxéologie », *Interactions*, Vol. 6, No 1, p. 29-48.
- STEELE, Howard et collaborateurs (2016). « Adverse childhood experiences, poverty, and parenting stress », *Revue canadienne des sciences du comportement*, Vol. 48, No 1, p. 32-38.
- STEELE, Howard, Miriam STEELE et Peter FONAGY (1996). « Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants », *Child Development*, Vol. 67, No 2, p. 541-555.

- SWIFT, Karen (1995). *Manufacturing bad mothers : A critical perspective on child neglect*, Toronto, University of Toronto Press, 218 p.
- TOBING RONY, Fatima (2007). « Le troisième œil », *Multitudes*, Vol. 2, No 29, p. 75-86.
- TOLICH, Martin (2010). « A critique of current practice : Ten foundational guidelines for auto-ethnographers », *Qualitative Health Research*, Vol. 20, No 12, p. 1599-1610.
- TONMYR, Lil et Andrea GONZALEZ (2015). « Correlates of joint child protection and police child sexual abuse investigations : Results from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect-2008 », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention Canada*, Vol. 35, Nos 809, p. 130-137.
- TRÉMITIN, Jacques (2009). « La prévention primaire, un enjeu pour le travail », *Lien social*, No 46, www.lien-social.com/La-prevention-primaire-un-enjeu-pour-le-travail-social.
- TRÉPANIER, Jean et Françoise TULKENS (1995). *Délinquance et protection de la jeunesse. Aux sources des lois belge et canadienne sur l'enfance*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 195 p.
- TROCMÉ, Nico et collaborateurs (2002). *Un système en transformation ?* http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/OIS93-98_f.pdf.
- TUBARO, Paola et Antonio CASILLI (2010). « An « ethnographic seduction » : How qualitative research and agent-based models can benefit each other », *Bulletin of Sociological Methodology*, Vol. 106, No 1, p. 59-74.
- UGNAT, Anne-Marie et Peter DUDDING (2008). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Données principales*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada.
- VAN PELT, Jennifer (2013). « Multidisciplinary child protection teams - The social worker's role », *Social Work Today*, Vol. 13, No 2, p. 26.

ANNEXE I

IMPACTS INDIRECTS DU STRESS



Agence de la santé publique du Canada (2016). *Regard sur la violence familiale au Canada*. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada. <http://canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-family-violence-2016-etat-sante-publique-violence-familiale/alt/pdf-fra.pdf>.