

La maltraitance envers les enfants et vous / Child abuse and you

Jean Labbé MD FRCPC

Ma carrière de pédiatre généraliste a débuté à Québec en 1975. Dans les mois qui ont suivi mon arrivée, le directeur du département m'a demandé de mettre sur pied une clinique multidisciplinaire pour évaluer des enfants présumés victimes de maltraitance. J'ai accepté sans savoir ce qui m'attendait. À l'époque, aucune formation n'était donnée dans ce domaine. J'ai donc acquis mes connaissances et mes compétences à force de lectures, de participations à des congrès, de contacts avec des collègues et, surtout, d'exams de centaines d'enfants faisant l'objet d'allégations de maltraitance. Mon engagement n'a fait qu'augmenter avec le temps, pour devenir ma principale activité au cours de mes dernières années de pratique.

Parmi les commentaires que j'ai reçus tout au long de ma carrière, il y en a un qui revenait très souvent : « Comment fais-tu pour travailler en maltraitance? Moi, je ne serais pas capable ».

J'ai toujours trouvé la question mal posée. Pour moi, le « pourquoi » a davantage d'importance que le « comment ». En effet, si le début de ma carrière dans ce domaine a été le fruit du hasard, la décision de continuer d'œuvrer dans un secteur que plusieurs perçoivent comme l'un des plus lourds et difficiles en pédiatrie découle d'une décision pleinement mûrie et assumée.

Bien sûr, cette pratique est souvent exigeante. On affronte des situations qui mettent au jour les parties les plus sombres de l'âme humaine et qui entraînent des souffrances inutiles chez les enfants. Je n'oublierai jamais le jour où l'on m'a amené les enfants de celui qu'on a surnommé le « bourreau de Beaumont ». Tous avaient subi des sévices inimaginables pendant des années. L'aîné, alors âgé de 13 ans, était tellement terrorisé par son père qu'il lui a fallu des mois après avoir été retiré de son enfer pour réussir à raconter ce qu'il avait vécu.

Toutefois, on retire une satisfaction personnelle sans pareille chaque fois que l'on contribue à améliorer le sort d'un enfant maltraité ou à risque de l'être. Souvent, c'est en aidant des parents démunis à prendre conscience de leurs difficultés et à obtenir des ressources pour mieux jouer leur rôle. Parfois, c'est en apportant la preuve médicale qu'une personne dans l'entourage de l'enfant représente un risque important pour sa sécurité ou son développement. Il m'est arrivé plus d'une fois de me faire remercier par des parents après avoir dévoilé une situation qu'ils n'avaient pas soupçonnée.

La protection de l'enfance s'associe aussi à un défi intellectuel très stimulant. Les connaissances scientifiques dans ce domaine sont toutes récentes et permettent à un pédiatre bien informé d'aider les intervenants des services de protection à déterminer si des enfants ont été victimes de violence ou de négligence. Les données médicales ont parfois une importance primordiale pour établir un diagnostic, par exemple dans une situation de traumatisme crânien non



Docteur Jean Labbé / Dr Jean Labbé

My career as a general paediatrician began in Quebec City (Quebec) in 1975. In the months following my arrival, the director of the department asked me to set up a multidisciplinary clinic to assess children who were presumed to be victims of abuse. I agreed, not knowing what to expect. No training was available in the field at that time, so I got up to speed by reading, attending conferences, speaking to colleagues and, above all, seeing hundreds of children suspected of experiencing one form of abuse or another. My involvement only increased over time and became the main focus of the latter years of my practice.

Among the comments I heard over the course of my career, the most frequent was, "How can you manage to work in the area of child abuse? I just couldn't do it." I always believed that this question missed the mark. To me, the 'why' is more important than the 'how'.

Although my involvement began by chance,

the decision to continue working in this area, considered by many to be one of the most challenging and difficult in paediatrics, was the result of long and careful reflection.

Of course, this practice is often demanding. It brings us face-to-face with situations exposing some of the darkest corners of the human heart, and the related and needless suffering to which children are subjected. I will, for instance, never forget the day I was brought the children of the so-called 'Beaumont torturer'. All had experienced years of unimaginable mistreatment. The eldest, then 13 years of age, was so terrorized by his father that he was only able to recount what he had experienced some months after being freed from his hell.

Despite these challenges, the personal satisfaction you feel each time you help improve the lot of a child who is either being abused or in danger of being abused is unparalleled. This often involves helping struggling parents to acknowledge their difficulties and obtain resources so they can play their role more effectively. In some cases, this involves putting medical evidence on the table demonstrating that someone poses a serious risk to a child's safety or development. More than once, I have been thanked by parents when abuse they had not suspected was brought to light.

Child protection also involves a very stimulating intellectual challenge. Because the scientific knowledge in this field is quite new, a well-informed paediatrician can assist child protection authorities in determining whether children have been subjected to abuse or negligence. Medical information is sometimes crucial in diagnosing abuse, with cases of nonaccidental head trauma being an excellent example. However, in cases of sexual abuse, an effort must be made to convince child protection authorities that a negative medical examination in no way undermines a diagnosis based on a child's responses to nondirective questioning. Medical evidence also

Correspondence: Dr Jean Labbé, Centre hospitalier de l'Université Laval, 2705 boulevard Laurier, Québec, Québec G1V 4G2.

Telephone 418-525-4444 ext 42282, fax 418-654-2137, e-mail jean.labbe.5@ulaval.ca
Accepted for publication July 26, 2013

accidentel. En cas de violence sexuelle, il faut plutôt convaincre les intervenants en protection qu'un examen médical normal n'infirmes rien un diagnostic fondé sur les réponses verbales de l'enfant à un questionnaire non directif. L'expertise médicale sert également à innocenter des parents soupçonnés à tort d'avoir maltraité leur enfant.

Il faut aussi apprendre à gérer l'incertitude, dans un contexte où l'erreur peut être très lourde de conséquences. Passer à côté d'une situation réelle de maltraitance rend l'enfant vulnérable à une réciproque au potentiel plus grave. Par contre, des parents accusés à tort d'avoir maltraité leur enfant subissent les inconvénients d'une enquête du service de protection et risquent de perdre leur enfant, leur conjoint, leur réputation, leur emploi et même leur liberté. L'avis d'autres collègues peut se révéler très précieux dans un cas complexe.

L'expérience m'a appris, entre autres, à me méfier des apparences. Les facteurs de risque sont utiles pour identifier une population vulnérable, au risque de maltraitance plus élevé. Par contre, ils n'ont aucune utilité pour diagnostiquer un cas précis. Pire encore, ils risquent d'apporter un biais. Seuls les faits doivent être pris en compte. Lorsque le diagnostic de maltraitance demeure l'hypothèse la plus probable pour expliquer les problèmes d'un enfant, après l'élimination des autres causes possibles, il faut signaler cette situation au service de protection. Le diagnostic final appartient à cet organisme, dont le pouvoir d'enquête permettra d'obtenir bien d'autres renseignements en plus de ceux que vous fournirez.

La clé pour composer avec la gestion de l'incertitude et des aspects médico-légaux, c'est de bien connaître la problématique. Si cette pratique vous intéresse, une formation structurée est désormais offerte. Vous pouvez obtenir un postdoctorat dans ce domaine au *Sick Kids* de Toronto ou même décrocher un diplôme de spécialiste en maltraitance aux États-Unis. Quant à la formation continue, elle est facilitée par divers congrès spécialisés et la participation à des groupes de discussion virtuels internationaux.

Une fois convaincu de l'utilité de ce rôle, il devient plus facile de puiser une attitude de résilience en soi et dans son entourage. Il me semble essentiel d'équilibrer sa vie personnelle, familiale et professionnelle et de partager les expériences difficiles avec les membres de son équipe. Il importe également de contrebalancer les expériences de pratiques parentales inadéquates par des contacts auprès de parents mieux outillés pour s'occuper correctement de leurs enfants.

Même si vous ne souhaitez pas devenir expert en protection des enfants, vous avez tout de même un rôle important à jouer sur le plan de la détection précoce et de la prévention. En effet, la toute première étape de la protection d'un enfant consiste à identifier sa condition. Toutes les personnes en contact avec des enfants, les pédiatres en particulier, peuvent reconnaître des manifestations de maltraitance. Soyez attentifs aux ecchymoses ou aux fractures chez un bébé qui ne se déplace pas encore. Évaluez avec attention un bébé apparemment en bonne santé qui se met subitement à présenter des convulsions afebriles, de l'apnée, de l'irritabilité accompagnée de vomissements ou une baisse de l'état de conscience. Incluez la maltraitance dans le diagnostic différentiel des symptômes d'allure psychosomatique, des troubles sévères du comportement, de problèmes de santé qui sortent de l'ordinaire.

Vous pouvez aussi profiter de vos rencontres avec les parents pour donner des conseils en vue de prévenir des cas de maltraitance. Tous les parents devraient savoir comment réagir aux pleurs inconsolables de leur bébé et connaître les risques associés aux secousses. Le volet de la discipline revêt également de l'importance. La plupart des situations de violence physique sont directement liées à des châtements corporels qui ont mal tourné. Les parents peuvent avoir utilisé une force excessive, s'être servis d'un instrument ou avoir posé un

sertes to clear parents who have been unjustly suspected of abusing their children.

Learning to manage uncertainty in a field in which error can have serious consequences is also essential. Failing to recognize an actual abuse situation potentially exposes the child in question to more serious abuse. On the other hand, parents unjustly accused of abusing their child will experience the upset that comes with a child protection investigation and will run the risk of losing their child, spouse, reputation, job and even freedom. Other colleagues' advice can be invaluable in such complex cases.

Over time, I have learned that appearances can be deceiving. Risk factors are useful in identifying a vulnerable population at greater risk of experiencing abuse. On the other hand, they are of no help in diagnosing a specific case. Worse yet, they risk introducing bias. Only the facts must be considered. When, after ruling out other possible causes, a diagnosis of abuse remains the most likely explanation for a child's problems, this situation must be reported to child protection authorities. They are responsible for making the final determination because their power to investigate gives them access to far more information than you can provide.

The key to becoming comfortable with managing the uncertainty and medical-legal aspects involved is to become very familiar with the field. If this type of practice interests you, structured training is now available. You can obtain a fellowship in this field at Sick Kids in Toronto (Ontario) or even earn a specialized degree in the United States. As for continuing education, it can be obtained by attending various specialized conventions and participating in international discussion groups on the Internet.

Once the usefulness of this role is clear to you, it becomes easier to tap into the resources within yourself and those around you promoting resilience. Balancing your personal, family and professional lives, and sharing difficult experiences with your team members is essential. It is also important to counterbalance experiences of unsatisfactory parenting through contact with parents who are better equipped to look after their children satisfactorily.

Even if you do not wish to become involved in child protection as an expert, you nevertheless have an important role to play in terms of early detection and prevention. Indeed, the very first step in protecting children is recognizing the situation they face. Everyone in contact with children, and especially paediatricians, may recognize signs of abuse. Be alert to bruises or fractures in babies who are not yet cruising. Carefully assess apparently healthy babies who suddenly experience afebrile convulsions, apnea, irritability with vomiting or a lowered level of consciousness. Include abuse in the differential diagnosis for severe behavioural difficulties, unusual medical conditions and apparently psychosomatic symptoms.

You can also use your contact with parents to counsel them and help prevent abuse. All parents should know how to handle a baby's inconsolable crying and be aware of the risks associated with shaking. Another important aspect is discipline. Most situations of physical abuse that I encounter are directly related to physical discipline gone wrong. Parents either apply excessive force, use an object, or intervene with a disciplinary action and an injury ensues. This type of abuse could be reduced substantially by teaching parents nonphysical disciplinary techniques.

Epidemiological studies have determined that abuse, a 'new' reality discovered barely 50 years ago, poses a major public health challenge. Although corroborated abuse involves 1.5% of all children and adolescents each year, studies have shown that more than one-quarter of all Canadians are victims of abuse or negligence by 18 years of age. Dozens of children die of this mistreatment, and the short- and long-term repercussions on the survivors can be dire. How many lives are broken due to the long-term physical and

geste disciplinaire qui entraîne une blessure. On pourrait réduire considérablement ce type de maltraitance en enseignant aux parents des techniques disciplinaires non physiques.

Les études épidémiologiques révèlent que la maltraitance, une « nouvelle » réalité mise en évidence il y a à peine 50 ans, constitue un problème majeur de santé publique. Si, chaque année, le taux de cas de maltraitance corroborés s'élève à 1,5 % de l'ensemble de la population pédiatrique, les études par questionnaire démontrent que plus du quart de tous les Canadiens sont victimes de violence ou de négligence avant l'âge de 18 ans. Des dizaines d'enfants en meurent, sans compter les conséquences au potentiel dramatique à court et à long terme chez les survivants. Combien de vies brisées par des séquelles physiques et psychologiques? Combien de perpétuations de violence exercée par d'anciennes victimes envers des enfants ou des conjoints? Ces données devraient suffire à convaincre non seulement les pédiatres, mais également l'ensemble de notre société, de la véritable priorité de ce problème.

Comme pédiatres, nous avons tous un rôle à jouer pour protéger les enfants, que ce soit sous forme de détection et de prévention de la maltraitance ou d'interventions à titre d'expert. Lorsque j'ai commencé à travailler dans ce domaine dans les années 1970, les pédiatres, comme l'ensemble des médecins, étaient peu sensibilisés à cette réalité. J'ai pu constater avec bonheur un net changement d'attitude au fil des années. Je suis convaincu que la nouvelle génération de pédiatres contribuera encore davantage à assurer la sécurité et le bien-être des enfants.

NOTE BIOGRAPHIQUE : JEAN LABBÉ

Le docteur Jean Labbé, maintenant retraité, a passé toute sa vie professionnelle au Centre hospitalier de l'Université Laval comme pédiatre généraliste et a été professeur titulaire au département de pédiatrie de l'Université Laval, à Québec.

C'est à Québec qu'il a fait ses études médicales et une partie de sa résidence en pédiatrie, qu'il a complétée par un an à l'Hôpital de Montréal pour enfants et une autre année à l'Hôpital Sainte-Justine. Au cours de sa carrière, il s'est consacré principalement à la pédiatrie ambulatoire et a mis sur pied des cliniques d'infection urinaire et d'énurésie. Il a également été consultant pendant dix ans en soins pédiatriques dans le Nunavik, au Nord-du-Québec.

Son expertise médicale en protection de l'enfance l'a amené à créer des comités de protection de l'enfance dans les hôpitaux de Québec ainsi qu'un comité régional d'examen des décès d'enfants. Il a participé à la formation en maltraitance des médecins et d'autres intervenants sur les scènes régionale, provinciale, nationale et internationale. Il a également été conseiller en France pour l'élaboration de guides de pratique sur la protection des enfants. Il a rédigé de nombreuses publications pour des revues dotées de comités de pairs, dont certaines portaient sur des recherches originales. Lauréat de nombreux prix, dont le Prix Victor Marchessault de défense des enfants de la Société canadienne de pédiatrie en 2002, il a été nommé membre de l'Académie des Grands Québécois en 2007.

psychological effects? How much violence is perpetuated by former victims who go on to abuse their children or spouses? The evidence should suffice to convince not only paediatricians but society as a whole that this problem must be treated as a genuine priority.

As paediatricians, we all have a role to play in protecting children, either in terms of detection or prevention, or as experts. When I started working in this field in the 1970s, paediatricians, similar to all physicians, were largely unaware of this issue. Over the years, I have been pleased to note a significant shift in attitudes. I am certain that the next generation of paediatricians will make an even greater contribution to protecting children's safety and well-being.

BIOGRAPHICAL NOTE: JEAN LABBÉ

Dr Jean Labbé, now retired, spent his entire career at the *Centre hospitalier de l'université Laval* as a general paediatrician and was a full professor in the Department of Paediatrics at Laval University in Quebec City (Quebec).

He pursued his medical studies in Quebec City and completed part of his residency in paediatrics there, along with a year of residency at the Montreal Children's Hospital (Montreal, Quebec) and another at the hôpital Ste-Justine (Montreal, Quebec). Over the course of his career, he focused his efforts primarily on ambulatory paediatrics, and set up clinics treating urinary infections and enuresis. He also spent ten years as a consultant for paediatric care in Nunavik in northern Quebec.

His medical expertise in child protection led him to set up child protection committees in Quebec hospitals as well as a regional committee reviewing child deaths. He was involved in training physicians and other professionals to handle abuse cases at the regional, provincial, national and international levels. He was also a consultant in France for the development of practice guides in the area of child protection. He has written numerous articles in peer-reviewed journals, some involving original research. He has received numerous awards, including the Canadian Paediatric Society's Advocacy Award in 2002. He was appointed a member of the *Académie des Grands Québécois* in 2007.