

**FONDATION  DR JULIEN**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION SPÉCIALE  
SUR LES DROITS DES ENFANTS ET LA PROTECTION DE LA JEUNESSE**

**PAR LA FONDATION DR JULIEN**

**EN COLLABORATION AVEC**

**ASSISTANCE D'ENFANTS EN DIFFICULTÉ (AED) —  
CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ DE HOCHELAGA**

**CENTRE DE SERVICES PRÉVENTIFS À L'ENFANCE (CSPE) —  
CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ DE CÔTE-DES-NEIGES**

**GARAGE À MUSIQUE (GAM) —  
CENTRE SPÉCIALISÉ DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ DE MAISONNEUVE**

**ET**

**LE COMITÉ DES ENFANTS EXPERTS DE HOCHELAGA ET MAISONNEUVE  
SUR LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT**

**NOVEMBRE 2019**

**M<sup>e</sup> Hélène (Sioui) Trudel, C.Q., LL.M. médiatrice  
accréditée en droit familial et en droit civil, directrice  
fondatrice du droit intégré et d'innovation sociale,  
cofondatrice de la Fondation Dr Julien**

**Dr Gilles Julien, C.M., O.Q., pédiatre social et directeur  
clinique, AED, GAM, CSPE  
Formateur principal en pédiatrie sociale et cofondateur  
de la Fondation Dr Julien**

## LA FONDATION DU DR JULIEN

Leader et gardien de la pratique de pédiatrie sociale en communauté<sup>1</sup>, la Fondation Dr Julien est un organisme à but non lucratif créé en 2005, pour garantir l'accès à des soins et services de qualité au plus grand nombre d'enfants dont le développement est compromis par des conditions de vie difficiles. Elle chapeaute trois centres de pédiatrie sociale en communauté, soit : Assistance d'enfants en difficulté (AED) dont l'existence remonte à 1991 dans Hochelaga avec l'apport des écoles, des groupes communautaires et des membres de la communauté ; le Centre de services préventifs à l'enfance (CSPE) établi en 2003 dans Côte-des-Neiges, bâti sur les fondements d'un travail multidisciplinaire avec les écoles, le CLSC et les groupes communautaires du quartier depuis 1991 ; et le Garage à musique (GAM) créé dans le quartier Maisonneuve en 2009 avec des agents de changement de la communauté, et reconnu comme centre d'innovation intégrant les données en neurosciences à la pédiatrie sociale en communauté. Chaque année, ces centres soignent et outillent plus de 2 740 enfants parmi les plus vulnérables, tout en accompagnant leur famille respective.

L'expertise des professionnels œuvrant dans un centre de pédiatrie sociale en communauté se fonde sur les données probantes en médecine et des recherches qui s'intéressent aux polytraumatismes et aux stress toxiques qui nuisent au développement de l'enfant. Ces professionnels sont formés pour assurer à l'enfant et à sa famille des soins et des services de manière efficiente et cohérente, en complémentarité avec l'offre de services des différents systèmes et des groupes communautaires du quartier visé. Ils interpellent autant l'enfant, son réseau familial et social, que le milieu de garde, scolaire, de la santé et des services sociaux, de la protection de la jeunesse, des loisirs, de la justice, et autres. Ce modèle de soins est unique et efficace, car il mise sur la co-intervention et intègre à la médecine sociale la pratique du droit. Dans l'esprit de respecter l'ensemble de ses droits et de ses intérêts, une place privilégiée est offerte à l'enfant, à sa pensée et à ses modes de solution. En effet, les praticiens en pédiatrie sociale considèrent les enfants de tout âge comme des citoyens à part entière, complètement investis dans le processus décisionnel qui les concerne.

La Fondation est responsable du déploiement du Réseau québécois des centres de pédiatrie sociale en communauté certifiés en partenariat avec le gouvernement du Québec, et elle veille à la qualité des soins et services qui y sont offerts par le biais d'un processus rigoureux de certification. À ce jour, plus de 40 centres sont actifs au Québec, y compris dans les communautés autochtones (Manawan, Whapmagoostui). Ce réseau continue de se déployer à raison de 5 à 7 nouveaux centres par année et chacun a son propre conseil d'administration.

Nous saluons la possibilité de partager notre expertise et de contribuer aux travaux de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. À la lumière de notre pratique, des témoignages que nous recevons des enfants et des familles, et des avancées en pédiatrie sociale en communauté depuis 1991, nous présentons les enjeux, les obstacles et 27 recommandations, regroupées par thème.

Nous vous invitons à considérer ces recommandations dans leur ensemble, puisqu'elles sont entrecroisées, et à les évaluer en considérant les statistiques qui témoignent de la surreprésentation des enfants autochtones dans le système de la protection de la jeunesse<sup>2</sup>. Enfin, nous espérons avoir l'honneur de vous présenter nos recommandations plus en détail, et de pouvoir répondre à vos questions dans le contexte des audiences à venir.

<sup>1</sup> Voir : Gilles Julien & Hélène (Sioui) Trudel. *Tous responsables de nos enfants: Un appel à l'action*, Montréal (QC), Bayard Canada, 2009, aux pp 151- 186 [Tous responsables]; voir aussi *La pédiatrie sociale en communauté racontée*, en ligne : < <https://pediatriesociale.fondationdrjulien.org/> >

<sup>2</sup> Voir : Institut national de santé publique. *Les facteurs de risque et de protection de la violence vécue en milieu autochtone*, en ligne : < <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-vecue-en-milieu-autochtone/les-facteurs-de-risque-et-de-protection-de-la-violence-vecue-en-milieu-autochtone#nbp> >; Voir aussi : Groupe de travail sur le bien-être des enfants autochtones. *Bien-être des enfants autochtones : Rapport aux premiers ministres des provinces et territoires*, juillet 2015, en ligne : < <http://www.pmprovincesterritoires.ca/wp-content/uploads/2015/07/fr-aboriginal-children-in-care-report-july2015.pdf> > aux pp 8-9.

## REMERCIEMENTS

La Fondation remercie ceux et celles qui ont nourri la rédaction de ce mémoire, et plus particulièrement les membres des trois centres de services et d'expertise qu'elle chapeaute, le comité des enfants experts sur la *Convention relative aux droits de l'enfant*, le groupe de jeunes consultants qui reçoivent des soins et services de pédiatrie sociale en communauté, ainsi que les membres de ses propres équipes.

## COMMENTAIRE GÉNÉRAL

En pédiatrie sociale en communauté, la compréhension de l'histoire de vie, de la trajectoire traumatique de l'enfant et de sa famille ainsi que la co-construction du plan d'action de l'enfant reposent, entre autres, sur les droits énoncés dans la *Convention relative aux droits de l'enfant* (CRDE)<sup>3</sup> et sur les lois internes. À cet égard, M<sup>e</sup> Hélène (Sioui) Trudel a résumé la CRDE en sept grands principes pour mieux guider l'enfant, la famille, le réseau familial et les professionnels dans l'évaluation de l'état de santé globale de l'enfant. Ainsi, pour veiller à l'intérêt supérieur de l'enfant, le plan d'action et les interventions qui en découlent doivent respecter l'ensemble des principes suivants :

1. Les enfants naissent égaux en droit
2. L'intérêt supérieur de l'enfant gouverne les décisions qui le concernent
3. L'enfant participe réellement aux décisions pour jouir de libertés et de droits civils
4. L'enfant grandit dans une famille aimante soutenue par la communauté entière
5. L'enfant naît et grandit en santé
6. L'enfant s'instruit, s'amuse et s'ouvre sur le monde, et
7. L'enfant est protégé sur tous les plans

Bien que le chapitre II de la *Loi sur la protection de la jeunesse*<sup>4</sup> (LPJ) réfère à l'intérêt de l'enfant et au respect de ses droits, en plus de refléter certains éléments qui s'apparentent aux autres principes de la CRDE, nous constatons que, dans les faits, l'évaluation de la situation de l'enfant semble plutôt axée sur les 2<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> principes mentionnés ci-dessus. Or, l'intérêt supérieur de l'enfant nécessite une lecture de la CRDE dans son ensemble, et intégrée à l'évaluation de la santé de l'enfant, comme le souligne John Tobin<sup>5</sup>, professeur de droit à l'Université de Melbourne, Australie. Sinon, les pistes de solution tendront à ignorer les sources de stress qui produisent de réels effets toxiques sur le développement de l'enfant.

D'ores et déjà, nous avançons qu'il est essentiel de revoir le réseau de la protection de la jeunesse, en lien avec les modifications à apporter aux autres réseaux, afin de garantir à l'enfant un cercle protecteur, son droit de participation réel dans le processus décisionnel qui le concerne, et le respect de ses intérêts et de l'ensemble de ses droits énoncés à la CRDE. Dans un pays riche comme le nôtre, nous devons lutter pour l'équité des chances dans l'optique que tous les enfants aient accès à des soins et services efficaces et cohérents, afin qu'ils soient en santé. Nous devons lutter pour qu'ils aient une éducation de qualité adaptée à leurs besoins et des possibilités multiples dans la communauté leur permettant de développer tout leur potentiel, quel que soit le statut socioéconomique de leur famille. Nous vous invitons à consulter l'ouvrage *Tous responsables de nos enfants : un appel à l'action*<sup>6</sup>, paru en 2009 (ci-après « Tous responsables »). Les constats qui y sont dressés sont malheureusement encore d'actualité.

<sup>3</sup> *Convention relative aux droits de l'enfant*, 20 novembre 1989, 1577 UNTS 3 (entrée en vigueur le 2 septembre 1990; ratifiée par le Canada en 1991) (CRDE).

<sup>4</sup> RLRQ c P-34.1 [LPJ].

<sup>5</sup> John Tobin, "Beyond the Supermarket Shelf: Using a Rights Based Approach to Address Children's Health Needs" dans Michael Freeman, ed, *Children's Rights: Progress and Perspectives*, London (UK), Martinus Nijhoff, 2011, 253, à la p 268. Notons qu'en matière familiale (et de protection de la jeunesse), le juge doit prédire le meilleur intérêt de l'enfant, dans l'exercice de son pouvoir discrétionnaire. Voir : *Young c. Young*, [1993] 4 RSC 3, juge L'Heureux-Dubé, dissidente quant au résultat, aux pp 65-6 [Young].

<sup>6</sup> *Supra*, note 1.

## THÈME 1 : ASSURER LA PRESTATION DE SOINS ET DE SERVICES DE QUALITÉ D'UNE MANIÈRE EFFICIENTE ET COHÉRENTE

### Nos constats et témoignages

- La LPJ et les services qui en découlent visent la responsabilisation individuelle des enfants et des parents face aux difficultés vécues, principalement avec des outils qui reposent sur la théorie de l'attachement<sup>7</sup>. Dès lors, les schémas d'intervention implantés dans le réseau visent souvent à éduquer le parent en lui transmettant des connaissances et des compétences parentales pour créer un lien d'attachement, avec l'appui d'une approche psychosociale et normée d'élever son enfant<sup>8</sup>. Or, la théorie de l'identité personnelle et sociale ainsi que le concept de la résilience gagneraient à être davantage pris en compte, dans une perspective de responsabilisation collective. Cela guiderait le déploiement et les formes d'aide et de soutien offerts aux enfants et à leur famille pour générer des impacts durables sur la trajectoire de vie de l'enfant.
- Le système d'inspection et de surveillance étatique qui s'installe autour du parent, et qui peut être perçu comme étant rigide, le contraint à porter seul le lourd fardeau de corriger la situation, sans les ressources nécessaires. Des demandes parfois non réalistes qui lui sont faites risquent de mettre en échec l'enfant, ses parents, et ultimement les intervenants.
- Bien trop souvent, nous avons rencontré des intervenants qui font face à des situations très complexes et lourdes à porter. Malgré leur bonne volonté, ils se retrouvent devant peu de ressources pour les soutenir dans leur intervention auprès de l'enfant et de la famille, et répondre de façon spécifique à leurs besoins.
- Nous remarquons un roulement fréquent d'intervenants impliqués auprès de l'enfant et des familles. Dans ces circonstances, le développement d'une vraie relation de collaboration avec l'enfant et la famille devient donc un défi pour les réseaux. Or, comme nous le démontre la pratique de pédiatrie sociale en communauté, les meilleurs résultats surviennent lorsqu'il y a une relation forte. Il serait donc avantageux d'adopter une méthode qui met d'abord l'emphase sur l'approvisionnement de l'enfant et de sa famille.
- Plusieurs enfants placés à l'extérieur de leur milieu nous disent qu'ils vivent un stress additionnel: ils doivent tenter de tisser des liens avec leurs pairs, développer de nouveaux liens de confiance avec des adultes, et s'adapter à de nouveaux gardiens, à une nouvelle école, à un nouveau quartier, à un nouveau milieu et à de nouveaux intervenants. Certaines familles sont divisées au moment d'un placement, la fratrie étant placée dans des milieux différents et à l'extérieur du quartier. De plus, la capacité de l'enfant à développer un lien d'attachement solide s'effrite avec les multiples rejets qu'il rencontre.
- Enfin, les centres de pédiatrie sociale en communauté certifiés par la Fondation sont des organismes spécialisés en polytraumatisme et ancrés dans le milieu de vie de l'enfant. Leurs services peuvent assurément contribuer au travail de prévention et de protection. Les enfants et les familles seraient gagnants, si l'arrimage entre le réseau des centres de pédiatrie sociale en communauté et celui de la protection de la jeunesse et de l'éducation était optimisé.
- Aux constats et témoignages énoncés ci-dessus, nous réitérons ceux énoncés dans « Tous responsables » pp 68-78.

### Nos recommandations

1. Miser sur le cercle protecteur. Il est important de passer d'un paradigme de responsabilité individuelle à un paradigme de responsabilité collective pour réduire les iniquités sociales qui touchent encore trop d'enfants au Québec. En plus de recourir à la théorie de l'attachement, il serait aussi pertinent pour l'enfant de l'aider à bâtir son cercle protecteur, en

<sup>7</sup> Laurence Ricard, « L'évolution récente de la conception de l'enfant dans le droit québécois : l'exemple de la Loi sur la protection de la jeunesse et des récents projets de loi en matière d'adoption » (2014) 44 RDUS 27, en ligne :

[https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/Volume\\_44/44-1-Ricard.pdf](https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/Volume_44/44-1-Ricard.pdf).

<sup>8</sup> Sophie Freud, "The Social Construction of Normality" (1999) 80:4 Families in Society 333, à la p 337; voir aussi: Young, supra, note 5.

mobilisant les membres bienveillants de ses réseaux familial et communautaire, pour favoriser l'établissement de liens de confiance avec un groupe d'appartenance (identité) qui l'amènerait à développer ses forces (résilience).

2. L'enfant au cœur du processus décisionnel. Le droit à la participation de l'enfant doit être renforcé pour lui donner une place essentielle dans le processus décisionnel qui le concerne, soit dans l'évaluation de ses besoins, de ses intérêts et des solutions, quel que soit son âge, car il appartient à l'adulte d'apprendre à décoder le langage de l'enfant. Cela exige non seulement un changement de paradigme quant au concept de l'enfant et de sa place dans l'espace public, mais aussi un effort pour outiller les enfants et les adultes de leur quartier, afin qu'ils soient des acteurs à part entière pour respecter l'ensemble des droits des enfants et bâtir une société juste et équitable<sup>9</sup>.
3. Un être humain, sujet de droit et non un dossier. En ce qui concerne le placement des enfants, des jeunes de quinze à dix-sept ans qui connaissent bien la CRDE, et que nous avons consultés, recommandent que l'enfant soit considéré comme un être humain, un sujet de droit, et non comme un dossier. Ils mentionnent l'importance d'entendre la voix de l'enfant et de favoriser des groupes de consultants-enfants sur des questions qui les intéressent.
4. Adopter une approche collaborative. Des soins et services centrés sur l'enfant et sa famille qui s'inspirent d'une approche collaborative de santé globale et qui se basent sur les forces de l'enfant et de son milieu devrait être mise de l'avant. Ces services devraient ainsi être centrés sur leur choix, favoriser leur engagement et offrir un soutien souple, tout en favorisant l'accès aux ressources de la communauté et des établissements<sup>10</sup>.
5. Collaborateur de premier plan. En complémentarité avec l'offre de services des différents réseaux et des groupes communautaires du quartier, le centre de pédiatrie sociale en communauté certifié qui œuvre dans le quartier de l'enfant devrait être un des collaborateurs de premier plan dans les cas de négligence et de maltraitance (risque faible à moyen<sup>11</sup>).
6. Une formation spécialisée. Pour partager le même langage et favoriser les collaborations, les professionnels des réseaux qui œuvrent auprès des enfants et des familles les plus vulnérables devraient être encouragés à suivre des formations qui visent à prévenir et à contrer les impacts négatifs des stress toxiques sur la santé globale des enfants en situation de vulnérabilité.

## THÈME 2 : LA CONCERTATION DES AUTRES RÉSEAUX

Nous saluons les efforts importants des intervenants des différents réseaux et les travaux de coordination réalisés au sein des ministères pour créer une concertation des réseaux au bénéfice des enfants et des familles. Nous appuyons aussi les efforts pour pallier le manque de ressources avec le projet « Agir tôt ».

### Nos constats et témoignages

Aux constats et témoignages énumérés ci-dessous, nous reprenons aussi ceux qui sont mentionnés dans « Tous responsables » pp 135-140, et relevons ci-dessous quelques difficultés que nous rencontrons au quotidien dans notre pratique.

- La LPJ cible principalement les parents qui compromettent la sécurité et le développement de leur enfant. Pourtant, lorsqu'on s'attarde au non-respect des droits fondamentaux des enfants, on constate que les différents réseaux peuvent aussi contribuer à nuire au développement des enfants, même en visant leur meilleur intérêt. Par exemple, prenons l'histoire d'un enfant d'âge scolaire qui a un trouble de comportement jumelé à des troubles d'apprentissage sévères, et dont la famille vit dans des conditions de vie difficiles. L'enfant peut se retrouver à la fois médicamenté, exclus du milieu scolaire et du milieu familial, alors qu'il peut souffrir d'un trauma complexe ou d'un problème médical passé inaperçu. Ainsi,

<sup>9</sup> Jusqu'ici, le projet pilote Familles-Enfants-Réseaux (FER), qui est déployé dans 11 communautés montréalaises et évalué par l'Université McGill et l'Université de Montréal, a montré des résultats fort intéressants pour atteindre cet objectif. Ce projet pilote outille les enfants, les adultes de sa communauté et les intervenants qui travaillent avec eux, à partir de l'enseignement des droits de l'enfant énoncés dans la CRDE et des outils pour les mettre en œuvre. À cet égard, FER contribue aussi au respect par l'État de l'article 42 de la CRDE.

<sup>10</sup> William C Madsen, « Collaborative Helping: A practice Framework for Family-centered services » (2009) 48:1 *Family Process* 103.

<sup>11</sup> La définition de ce que constitue un risque faible à moyen devrait être formulée par un groupe de travail réunissant les parties prenantes du quartier (DPJ, groupes communautaires, Fondation Dr Julien et CPSC du quartier visé).

lorsque les difficultés de l'enfant sont complexes, le risque est de ne cibler que la difficulté la plus flagrante (ex. problème de comportement), ce qui peut faire en sorte que l'enfant ne reçoive pas les bons soins ou tous les soins dont il a besoin.

- Chaque professionnel qui travaille avec l'enfant faisant l'objet d'un signalement se forge une histoire quant à l'analyse de ses besoins et à l'orientation des interventions requises. Cette analyse ne concerne habituellement qu'une des facettes des difficultés de l'enfant, selon la spécialité du professionnel. De plus, on constate que ces histoires sont rarement réunies, pour en faire une histoire commune. Or, c'est la seule à pouvoir offrir tous les éléments nécessaires à l'analyse de la santé globale de l'enfant, qui guidera l'orientation des soins dont l'enfant a véritablement besoin.
- Le manque de ressources criant dans l'ensemble des réseaux vient entraver les efforts de concertation et nuit à la communication et à la mise en place de mesures préventives adaptées aux besoins de l'enfant. À cet égard, nous constatons que l'interprétation de l'article 32 de la LPJ et du devoir de confidentialité par la DPJ représente souvent un empêchement à la véritable concertation sur le terrain entre l'enfant, son réseau familial et les autres réseaux impliqués. Considérant que chaque personne formant le cercle protecteur de l'enfant fait partie de la solution globale, il serait souhaitable de pouvoir engager ensemble une discussion transparente quant aux besoins, droits et intérêts de l'enfant.
- Dans notre pratique, les enfants sont souvent exclus des discussions visant leur protection et leur avenir. Ils nous témoignent qu'ils peinent à se faire entendre par des décideurs qu'ils ne connaissent pas, y compris les juges ; ils se retrouvent en-dehors de leur communauté dans une école spécialisée ; ils n'ont pas accès à l'information et aux outils pour se développer pleinement dans le respect de leur culture ; ils souffrent de l'éloignement subit de leur famille et de leur milieu dans des circonstances de crise ; ils ne comprennent pas que leurs parents ne soient plus autorisés à les voir ou à leur parler ; ils sont placés dans un centre d'accueil avec d'autres jeunes qui ont des enjeux plus importants ; d'autres espèrent retrouver un plein d'espoir dans une famille d'accueil, pour ensuite constater qu'ils ne sont plus les bienvenus après un certain temps ; des enfants placés peuvent se voir refuser l'accès à leur médecin, et la demande de ce dernier qui tient à voir l'enfant placé ne sera pas nécessairement reçue. Il ne s'agit ici que de quelques exemples que nous rencontrons.
- Dans notre pratique, il arrive parfois qu'un signalement à la DPJ soit fait et que l'État se voit inviter dans la vie privée de l'enfant et de sa famille, alors qu'un travail de fond avait déjà été commencé avec l'enfant, ses milieux familial et communautaire pour assurer un filet de sécurité. Souvent, nous constatons que ce travail de fond n'est malheureusement pas toujours pris en compte dans l'évaluation de la situation.
- Dans le milieu scolaire, les enfants ayant des besoins particuliers doivent obtenir un diagnostic précis pour avoir droit à des services adaptés. Or, certains enfants ont des besoins psychosociaux qui ne correspondent pas à un code de difficulté et ils sont ainsi privés du soutien nécessaire à leur intégration. Parfois, ces enfants sont même réprimandés à cause de leur comportement jugé répréhensible.

### Nos recommandations

7. Ensemble, pour l'enfant. Dans l'esprit de la CRDE, la communauté doit soutenir la famille pour qu'elle puisse jouer son rôle auprès de ses enfants (principe 4, ci-dessus). Ainsi, les personnes significatives pour l'enfant doivent être réunies avec les partenaires de différents milieux qui travaillent avec lui et sa famille. Ensemble, ils identifient les sources de stress toxiques et les forces de l'enfant et de son milieu, pour ensuite proposer des solutions. Ils forment un cercle protecteur pour l'enfant qui le guidera dans ses apprentissages et lui apportera de multiples opportunités de développer son potentiel.
8. Accompagnement d'un CPSC. Lorsqu'un signalement est fait, la DPJ doit pouvoir évaluer le degré de sévérité de la compromission alléguée, et dans le cas de négligence ou de maltraitance (risque léger à moyen), elle devrait pouvoir recourir à des mesures alternatives développées avec la communauté (Alternative Response)<sup>12</sup>. Lorsqu'un centre de pédiatrie sociale en communauté certifié existe dans le milieu, la DPJ devrait pouvoir s'adresser à ces spécialistes du milieu pour accompagner l'enfant et la famille dans un véritable contexte de mobilisation volontaire.

<sup>12</sup> Voir des exemples de 'Alternative Response' aux États-Unis, en ligne  
<<https://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/assessment/approaches/alternative/>>.

9. Concertation en amont. Dans la même veine, une concertation de tous les acteurs autour de l'enfant et de sa famille pourrait être requise avant que la DPJ ne puisse retenir le signalement (risque léger à moyen) visant un enfant lorsqu'il est suivi et reçoit déjà des soins d'un centre de pédiatrie sociale en communauté certifié.
10. Un soutien dans le milieu de vie. Un financement adéquat devrait être alloué aux groupes communautaires qui soutiennent l'enfant et la famille dans son milieu, comme plusieurs le font déjà en lien étroit avec les centres de pédiatrie sociale en communauté de leur quartier, pour offrir du répit aux familles, de l'aide en matière de logement, d'aide aux devoirs de qualité, de loisirs, de formation sur la CDRE, et autres.
11. Plus de collaboration entre réseaux pour rejoindre plus d'enfants. Nous sommes convaincus qu'en favorisant la collaboration entre le réseau des centres de pédiatrie sociale en communauté, le réseau de la protection de la jeunesse et celui de la santé et des services sociaux, et de la petite enfance, nous pourrions ensemble rejoindre encore plus d'enfants en situation de vulnérabilité. À cet égard, il serait gagnant pour tous que les centres intégrés de la santé et des services sociaux favorisent des modalités visant le déploiement de ressources professionnelles.
12. Une offre au milieu scolaire et au milieu de la petite enfance. Comme tout autre professionnel qui œuvre auprès des enfants en situation de grande vulnérabilité, les intervenants du milieu scolaire et de la petite enfance pourraient profiter du programme de formation professionnelle continue offert par l'Institut de pédiatrie sociale en communauté, et du partage de leurs expériences.
13. Promouvoir un langage commun. Un « réflexe enfant » qu'on retrouve au cœur de la CRDE devrait être développé et promu au sein des réseaux qui œuvrent auprès des enfants, et plus particulièrement ceux qui sont issus d'un milieu vulnérable. À cet égard, il est souhaitable de favoriser un langage commun en outillant les enfants, les adultes et les réseaux, à partir de la CRDE et des lois internes qui concernent l'enfant<sup>13</sup>.
14. Un ministère de l'Enfant et de la Famille. La création d'un tel ministère pourrait être explorée, en retranchant les responsabilités des aînés et de la condition féminine<sup>14</sup>, dans le but de veiller au respect de l'ensemble des droits de l'enfant dans les politiques. De plus, ce ministère pourrait continuer, comme le ministère de la Famille actuel, à coordonner les efforts des autres ministères pour que nos enfants puissent jouir de toutes les possibilités de développer leur potentiel, avec la participation de la famille et de la communauté. Nous croyons que cela lancerait un message clair que tous les droits de l'enfant doivent être considérés dans leur ensemble, et qu'ils comptent vraiment au Québec.

### THÈME 3 : LE FONCTIONNEMENT DES TRIBUNAUX ET LA VOIX DE L'ENFANT

#### Nos constats et témoignages

Nous réitérons nos constats mentionnés dans l'ouvrage « Tous responsables » aux pages 215-221, et relevons ci-dessous quelques exemples de situations que nous rencontrons au quotidien dans notre pratique.

- Le décorum et les règles de procédure de nos tribunaux tendent à intimider les enfants et les familles, même si plusieurs juges agissent avec empathie à leur égard. Nous croyons que ce cadre formel n'invite pas l'enfant et son réseau familial à participer réellement au processus décisionnel et à s'investir pleinement, et pour de bon, dans les solutions. Dans bien des cas, nous croyons qu'il serait plus utile de mettre en place un processus de concertation extrajudiciaire.
- Les enfants semblent souffrir de la lourdeur du système de la justice. Selon nos observations et leurs témoignages, le droit de l'enfant de se faire entendre et de participer réellement au processus décisionnel qui le concerne n'est pas toujours respecté. Habituellement, l'enfant ne connaît pas ses droits et il manque de préparation. Lorsqu'il est représenté par un avocat, celui-ci peut être surchargé ou manquer de temps pour s'investir auprès de son jeune client afin de bien saisir sa situation. Notons qu'aucune formation spécialisée n'est offerte au procureur qui souhaite représenter un enfant, bien que le Barreau du Québec ait formulé plusieurs recommandations à cet égard depuis plusieurs années<sup>15</sup>. Selon notre

<sup>13</sup> *Supra*, note 9.

<sup>14</sup> *Loi sur le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine*, RLRQ c M-17.2.

<sup>15</sup> Barreau du Québec. *Mémoire : La représentation des enfants par avocat – Dix ans plus tard*. Mai 2006.

expérience et les témoignages que nous ont rapportés des jeunes, l'impression qui se dégage, malheureusement, est que dans bien des cas, le procureur à l'enfant ne vient qu'appuyer les arguments du procureur de la DPJ.

- Certains jeunes témoignent aussi avoir eu plusieurs dates d'audience, entraînant leur lot de stress. Ils n'ont pas été contactés pour se faire expliquer l'objectif de l'audience, ni les questions en litige qui allaient y être débattues, ni le fonctionnement à la cour. Souvent, quelques jours avant, voire la veille de l'audience, celle-ci était reportée. Ils attendaient plusieurs heures dans un couloir, pour finalement se faire dire que l'audition n'aurait pas lieu. Les conséquences mentionnées par les enfants étaient les suivantes : ils finissaient par rater une journée d'école, en plus d'accumuler du stress, et de se sentir comme un numéro aux yeux de l'institution. Des enfants se disent impressionnés par la présence de « plein de gars de la sécurité ». Cette expérience a tendance à briser le lien de confiance avec l'intervenante de la DPJ, et à semer le doute quant à une réelle collaboration future.
- Dans les dossiers qui concernent les enfants, la finalité est de prédire leur meilleur intérêt par le biais d'une preuve contradictoire. Il peut s'avérer difficile pour la Cour, dans ce cadre, d'obtenir tous les détails qui pourraient être utiles dans la détermination de l'orientation pour l'enfant et les services dont il peut avoir besoin. Dans la même veine, et avec respect, nous sommes d'avis que l'analyse du « meilleur intérêt de l'enfant » dans un contexte contradictoire peut produire des résultats arbitraires, puisqu'il est difficile de faire valoir l'ensemble des droits de l'enfant, particulièrement dans un contexte de protection. À cet égard, nous réitérons nos constats mentionnés dans l'ouvrage « Tous responsables » pp 123-134.

## Nos recommandations

15. Formation spécialisée pour le procureur de l'enfant. Les recommandations du Barreau du Québec quant à la formation des procureurs à l'enfant devraient être mises en place. Ils devraient pouvoir bénéficier d'une formation spécialisée ayant trait à l'enfant issu d'un milieu difficile, et pouvoir peaufiner leur apprentissage par le biais d'un programme particulier de formation professionnelle continue. De plus, les procureurs à l'enfant devraient avoir accès à un service d'accompagnement pour mieux les soutenir et les outiller dans leur pratique.
16. Cour de l'enfant et de la famille. Il serait préférable pour les enfants et les familles d'explorer le modèle du TUF (tribunal unifié de la famille)<sup>16</sup>, et de l'unir aussi avec la Chambre de la jeunesse pour concevoir une véritable Cour de l'enfant et de la famille. L'espace devrait être perçu comme sécuritaire et chaleureux par l'enfant et sa famille. À cet égard, la configuration de la Cour de Kahnawake qui privilégie une forme circulaire pourrait servir d'inspiration et refléter le concept du cercle protecteur. De plus, cette Cour pourrait offrir toute une gamme de services et entendre toutes violations des droits de l'enfant, en lien avec le devoir de l'État de respecter la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>17</sup> et la CRDE, même si ce texte n'a pas encore été intégré au droit interne (ce que nous invitons le législateur à faire, voir la recommandation no. 19)
17. Conférence familiale de groupe ou cercle de l'enfant. Il serait préférable d'éviter de judiciariser les dossiers de négligence ou de maltraitance (risque léger à moyen), et de privilégier des mécanismes similaires à la conférence familiale de groupe<sup>18</sup> ou au cercle de l'enfant<sup>19</sup>, en les intégrant dans la LPJ et autres lois concernant l'enfant. Nous croyons que ce mécanisme devrait être en lien avec la Cour (qu'elle soit la Chambre de la jeunesse, la Cour supérieure, ou la nouvelle Cour de l'enfant et de la famille). Cela permettrait de préserver, et même de favoriser les relations entre l'intervenant de la DPJ et la famille, en plus de permettre aux personnes concernées de s'exprimer, de prendre le temps de comprendre la situation

<sup>16</sup> Canada, Ministère de la Justice, *Tribunaux unifiés de la famille, Évaluation sommative*, en ligne : < <https://www.justice.gc.ca/ra/gr-rp/pm-cp/eval/rap-rep/09/tuf-ufc/p0.html> >; Valérie Costanzo, *Droit de la famille : réformer le fond sans oublier la forme*, mémoire présenté à la consultation publique sur la réforme du droit de la famille, juin 2019, en ligne : < [https://www.justice.gouv.gc.ca/fileadmin/user\\_upload/contenu/documents/Fr\\_francais\\_/centredoc/publications/ministere/dossiers/consultation/cdf2019\\_Costanzo.pdf](https://www.justice.gouv.gc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais_/centredoc/publications/ministere/dossiers/consultation/cdf2019_Costanzo.pdf) >.

<sup>17</sup> RLRQ c C-12 [Charte québécoise].

<sup>18</sup> Voir : *Children's and Young People's Well-being Act 1989* (ou *Oranga Tamariki Act 1989*), NZ, adoptée le 13 juillet 2017. La plupart des modifications sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

<sup>19</sup> Mécanisme extrajudiciaire mis en place avec l'assistance des Centres jeunesse de Montréal au Centre de pédiatrie sociale en communauté de Hochelaga, en ligne : < <https://pediatriesociale.fondationdrjulien.org/ressources/evaluation-de-la-mise-en-place-du-cercle-de-lenfant/> >.

globalement et de travailler en partenariat avec les parents, tout en collaborant avec les organismes ancrés dans leur communauté pour assurer un cercle protecteur pour l'enfant.

18. **Prioriser la réussite scolaire.** Selon des jeunes entre quinze et dix-sept ans, le juge devrait prendre en considération qu'il est traumatisant pour les enfants de changer de milieu, et plus particulièrement au cours de l'année scolaire. Tous ces changements font en sorte que cela brime leur concentration à l'école et peut les pousser à échouer, voire même à quitter l'école. Il est préférable de travailler avec les forces du milieu dans lequel l'enfant se trouve pour favoriser la persévérance scolaire.

## THÈME 4 : LE CADRE LÉGISLATIF

### Nos constats et témoignages

- Les enfants du comité experts en droit constatent que l'enfant n'est pas toujours traité comme un sujet de droit. Comme la DPJ vise notamment à répondre au besoin de sécurité de l'enfant, ils soumettent qu'elle doit le faire en respectant la dignité et l'ensemble des droits fondamentaux de l'enfant.
- La LPJ favorise une participation active de l'enfant au processus décisionnel<sup>20</sup>, mais elle ne fournit pas de véritable mécanisme. Depuis plusieurs années, la LPJ intègre le mécanisme de conférence sur le règlement des différends, connu sous le nom de Conférence de règlement à l'amiable (C.R.A.), mais ce mécanisme fonctionne seulement lorsque toutes les parties sont d'accord pour y participer. À ce jour, les enfants et les familles qui reçoivent des soins en pédiatrie sociale ne semblent pas y avoir été conviés. De plus, la nécessité pour l'enfant de participer activement au processus n'est pas énoncée, bien qu'il y ait une valeur ajoutée à cette pratique.
- En principe, dans les procédures judiciaires et administratives qui le concernent, l'enfant a le droit d'exprimer son opinion, de témoigner, s'il satisfait certains critères<sup>21</sup>. Or, on remarque que l'enfant doit souvent se fier à un intermédiaire pour que sa voix soit entendue, alors que des mécanismes extrajudiciaires pourraient faciliter sa participation réelle au processus décisionnel.
- Un signalement pour des motifs de négligence mineure, comme l'absentéisme scolaire, un lunch incomplet ou un risque de négligence, est susceptible d'occasionner une surcharge dans le traitement des signalements pour motifs plus préoccupants (risque moyen à élevé). Cette surcharge de travail, combinée à d'autres raisons, contribuent à un roulement important des intervenants auprès des enfants qui font l'objet d'une prise en charge par les Centres jeunesse. Tout cela nuit à la continuité des soins et des services et à la stabilité des liens d'attachement.
- Au Québec, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a le mandat de veiller au respect des droits des enfants qui découlent de la LPJ et de la *Charte québécoise*<sup>22</sup>. On constate cependant qu'elle semble davantage préoccupée par le respect du processus administratif qui entoure les droits de l'enfant, que par le respect des droits substantifs énoncés dans la CRDE ou dans les lois internes. Aussi, elle ne semble pas avoir vraiment les outils pour intervenir lorsque plusieurs droits de l'enfant sont bafoués en même temps, comme c'est souvent le cas des enfants et jeunes qui reçoivent des soins des centres de pédiatrie sociale à travers le Québec.

### Nos recommandations

19. **Un langage commun et accessible.** Nous recommandons que les principes directeurs de la LPJ et des autres lois qui concernent l'enfant soient modifiés, afin d'insister sur la nécessité d'évaluer l'état de santé globale de l'enfant ainsi que ses besoins et intérêts à la lumière de l'ensemble de ses droits énoncés à la CRDE. Concrètement, aux grands principes de la LPJ devraient être intégrés une référence directe à la Charte québécoise, à la CDRE et aux autres

<sup>20</sup> LPJ, *supra*, note 4, para 2.3(b), 2.4(4) et art 6.

<sup>21</sup> Code de procédure civile, RLRQ c C-25.01, art. 276.

<sup>22</sup> *Supra*, note 17.

instruments législatifs pertinents, à l'instar de la loi *Children's and Young People's Well-being Act 1989* (ou *Oranga Tamariki Act 1989*)<sup>23</sup> de la Nouvelle-Zélande.

20. Modification à l'article 9 de la LPJ. Nous proposons d'y inclure le droit de l'enfant à son médecin traitant, surtout lorsque l'enfant est placé à l'extérieur de son milieu familial.
21. Modification à l'article 32 de la LPJ. Nous proposons de clarifier le rôle de la DPJ, pour y intégrer l'obligation et celui des membres de son personnel de travailler en co-intervention avec l'enfant, le réseau familial et communautaire, et avec le centre de pédiatrie sociale en communauté lorsqu'il existe dans le quartier de l'enfant.
22. De prise en charge à accompagnement. On doit aussi se distancer du vocable qui réfère à « une prise en charge de l'enfant » et le remplacer par « un accompagnement de l'enfant ».
23. Création d'un Bureau québécois du défenseur de l'enfant<sup>24</sup>. Nous croyons qu'un tel bureau devrait être établi à partir du volet de la CDPDJ qui s'intéresse aux enfants. Pour donner un message clair que les enfants ont une place essentielle au sein de la société québécoise, cette autorité publique, indépendante et spécialisée en droits de l'enfant, aurait pour principal instrument la CRDE, ainsi que les autres conventions et lois qui concernent l'enfant. Ainsi, ce Bureau devrait être outillé et financé séparément de la Commission des droits de la personne pour recevoir toute plainte d'un enfant ou d'un jeune relativement à la violation de ses droits fondamentaux, et veiller à leur respect et à leur mise en œuvre. Un tel Bureau pourrait promouvoir un « réflexe enfant » dans toutes les sphères de notre société, et donner un espace sécuritaire pour que les enfants et jeunes puissent porter leur propre voix, et avoir la possibilité de participer pleinement aux enjeux sociétaux. Le Québec pourrait aussi continuer d'être avant-gardiste, en prévoyant une structure pour que la personne qui agirait à titre de président(e) soit élu(e) par les enfants et les jeunes, avant d'être confirmée dans son poste par le lieutenant-gouverneur.
24. Services extrajudiciaires. Il serait porteur pour les enfants et leur famille respective de leur offrir des mécanismes extrajudiciaires intégrés dans la LPJ et aux lois concernant l'enfant, comme le modèle de la conférence familiale de groupe ou du *cercle de l'enfant*<sup>25</sup>, pour qu'ils puissent participer au processus décisionnel qui concerne l'enfant. Ce service devrait aussi être offert de manière indépendante, mais en collaboration avec la Chambre de la jeunesse et la Cour supérieure (éventuellement la Cour de l'enfant et de la famille, voir recommandation no. 16).

## THÈME 5 : L'APPLICATION DE LA LPJ AU REGARD DE L'INTERVENTION SOCIALE ET LE PLAN JUDICIAIRE

### Nos constats et témoignages

Le rôle bicéphale qu'est appelé à jouer l'intervenant qui met en œuvre la LPJ crée de la méfiance chez certaines familles qu'on veut aider. Jouant à la fois un rôle d'aidant et d'« enquêteur » pour obtenir des éléments de preuve, des barrières s'érigent aussitôt dans l'intervention et nuisent à l'établissement d'une véritable relation de confiance avec l'enfant et sa famille. Or, cette relation de confiance est fondamentale à l'adhésion et à la qualité des soins et des services. De plus, ce double rôle peut avoir une influence sur la preuve de l'intervenant, ce qui paraît inéquitable par rapport à celle des parents et de l'enfant.

### Recommandations :

25. Projets de modèles alternatifs. Un groupe de travail devrait être établi pour étudier et mettre en place des modèles axés sur des mesures d'intervention alternatives (Alternative response) comme celles implantées et évaluées aux États-Unis pendant les années 1990<sup>26</sup>. Il faudrait alors s'attarder aux moyens pour réduire la résistance possible de certains

<sup>23</sup> *Supra*, note 18.

<sup>24</sup> Voir les commentaires de l'Association du barreau canadien pour la mise en place d'un tel bureau, en ligne : < <https://www.cba.org/Publications-Resources/Practice-Tools/Child-Rights-Toolkit/theSystem/Independent?lang=fr-ca> >.

<sup>25</sup> Voir : Centre de Recherche sur l'Enfance et la Famille de l'Université McGill, *Rapport Final : Le Cercle de l'Enfant - Évaluation Phase 1 : Septembre 2008- Mars 2010*, à la p. 121. Dans leurs observations, Nico Trocmé et Anne-Marie Piché notent que le cercle de l'enfant « incite les réseaux informels autour de l'enfant à prendre connaissance de ce qu'il vit et à s'impliquer à fond, pour de bon, pour défaire l'isolement et l'habitude de décharger cette responsabilité de vigilance sur les systèmes ».

<sup>26</sup> Lisa Merkel-Holgin et al. *National Study on Differential Response in Child Welfare*, American Humane Association & Child Welfare League of America. 2006, en ligne : < <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.498.5189&rep=rep1&type=pdf> >.

intervenants du réseau de la protection de la jeunesse face au changement vers le rôle unique d'aidant, comme plusieurs études l'ont démontré<sup>27</sup>.

## THÈME 6 : L'ANALYSE DES PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES AUX AUTOCHTONES

Au cours des dernières décennies, de belles avancées ont été réalisées pour préserver l'identité culturelle et faciliter la prise en charge des services de protection par les communautés autochtones<sup>28</sup>. Nous saluons tout particulièrement la participation des gouvernements provincial, fédéral et du conseil de bande de Manawan dans l'établissement du Centre Mihawoso de Manawan, premier centre de pédiatrie sociale en communauté sur un territoire ancestral non cédé. Cependant, pour M<sup>e</sup> (Sioui) Trudel, membre du comité de rédaction, les principaux enjeux auxquels se heurtent les populations d'enfants autochtones se situent encore sur le plan du manque de reconnaissance des territoires ancestraux, de l'iniquité qui en découle face au partage des ressources premières, et des conflits juridictionnels qui perdurent et qui nuisent à la santé globale des enfants autochtones<sup>29</sup>.

### Nos constats et témoignages

- L'approche de la pédiatrie sociale en communauté, qui repose sur l'établissement d'un cercle protecteur pour l'enfant en difficulté, intéresse un nombre croissant de communautés autochtones depuis quelques années. Celles-ci souhaitent intégrer ce modèle de soins et de services au bénéfice de leurs enfants et de leurs familles.
- Un défi est le manque de mouvement de la main-d'œuvre spécialisée (médecin, infirmière, travailleur social, avocat-médiateur) pour répondre aux besoins des enfants autochtones, qui forment une grande proportion de la communauté.
- Un autre défi se présente sur le plan financier, même si le principe de Jordan permet « à tous les enfants des Premières Nations vivant au Canada d'avoir accès aux produits, aux services et au soutien nécessaires au moment opportun<sup>30</sup> ». Ce principe n'est pas formellement reconnu par le gouvernement du Québec. L'enfant autochtone risque encore d'être laissé pour compte.

### Nos recommandations

26. Reconnaissance du principe de Jordan. Le Québec devrait reconnaître formellement le principe de Jordan. Cela représenterait une avancée importante au Québec pour l'égalité de tous les enfants quant à l'accès aux soins et services de qualité et au respect de l'ensemble de leurs droits.
27. Aide particulière. Des mesures spéciales devraient être édictées pour apporter une aide particulière aux communautés autochtones qui désirent adopter l'approche de pédiatrie sociale en communauté pour leurs enfants et leurs familles, et pour faciliter la formation et le mouvement de la main-d'œuvre spécialisée (médecin, infirmière, travailleuse sociale, avocat-médiateur) afin de répondre aux besoins des enfants et des familles dans le modèle de pédiatrie sociale en communauté.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> LPJ, *supra*, note 4, art 3 & titre III ; *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, LC 2019 c 24, sanctionnée le 21 juin 2019 et devant entrer en vigueur dans son ensemble le 1er janvier 2020 ; *Faire plus, Faire mieux : Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits (2017-2022)*, en ligne : <<https://www.autochtones.gouv.qc.ca/plan-action-social-culturel/index.asp>>.

<sup>29</sup> Voir aussi : Institut national de santé publique du Québec (2018). *Les facteurs de risque et de protection de la violence vécue en milieu autochtone*, en ligne : <<https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-vecue-en-milieu-autochtone/les-facteurs-de-risque-et-de-protection-de-la-violence-vecue-en-milieu-autochtone>>.

<sup>30</sup> Voir, en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/principe-jordan.htm>>.

