

COMMISSION SPÉCIALE SUR LES DROITS DES ENFANTS ET
LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

SOUS LA PRÉSIDENCE DE
Mme RÉGINE LAURENT, Présidente
M. ANDRÉ LEBON, Vice-président
M. MICHEL RIVARD, Vice-président
Mme HÉLÈNE DAVID, Commissaire
M. ANDRÉS FONTECILLA, Commissaire
M. GILLES FORTIN, Commissaire
M. JEAN-SIMON GOSSELIN, Commissaire
M. LESLY HILL, Commissaire
Mme LISE LAVALLÉE, Commissaire
M. JEAN-MARC POTVIN, Commissaire
Mme LORRAINE RICHARD, Commissaire
Mme DANIELLE TREMBLAY, Commissaire

AUDIENCE TENUE AU
500, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE OUEST
MONTRÉAL (QUÉBEC)

Montréal, le 27 novembre 2019

Volume 11

ODETTE GAGNON & ROSA FANIZZI
Sténographes officielles

TABLE DES MATIÈRES

	<u>PAGE</u>
PRÉLIMINAIRES	3
REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AUTONOMES JEUNESSE DU QUÉBEC (ROCAJQ)	4
JULIE OUELLET MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE SAMIR BÉRAR-ZAMOR ENRICO BOUFFARD	
Dr YVON GAUTHIER Dre GLORIA JELIU Témoins experts	43
CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE ET DU CENTRE-SUD DE MONTRÉAL	85
ISABELLE SIMARD JEAN-PAUL MILETTE	
LOUISIANE GAUTHIER GINETTE DURANT-BRAULT HUGUES LÉTOURNEAU CLAUDE BILODEAU Témoins experts	143

1 EN L'AN DEUX MILLE DIX-NEUF (2019), ce vingt-
2 septième (27e) jour du mois de novembre :

3

4 PRÉLIMINAIRES

5

6 LA PRÉSIDENTE :

7 Merci. Alors le huis clos est levé. Bon matin tout
8 le monde, on débute notre journée en recevant le
9 ROCAJQ, je ne sais pas si je le prononce bien avec
10 le « Q » à la fin. On accueille madame Julie
11 Ouellet, qui est directrice générale du
12 Regroupement des organismes communautaires
13 autonomes jeunesse du Québec, bienvenue. Et madame
14 Marie-Noëlle L'Espérance, qui est directrice de
15 l'organisme En Marge 12-17, qui a pour mission
16 d'offrir accueil et hébergement aux jeunes en
17 situation de rue. Et vous êtes accompagnées de
18 Samir Bérrar-Zamor, bienvenue. Et de Enrico
19 Bouffard, deux jeunes de dix-huit (18) ans qui ont
20 bénéficié des services de En Marge 12-17. Alors
21 leur témoignage devrait nous permettre de traiter
22 du rôle des organismes communautaires jeunesse et
23 de la transition vers la vie adulte, entre autres.

24 Donc, on a quarante-cinq minutes (45 min)
25 ensemble. On vous avait proposé peut-être une

1 dizaine... une quinzaine de minutes pour mettre la
2 table et ensuite pour avoir du temps d'échange avec
3 les commissaires. Avant cela, je vais demander au
4 greffier de vous assermenter s'il vous plaît.

5

6 REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
7 AUTONOMES JEUNESSE DU QUÉBEC (ROCAJQ)

8

9 **JULIE OUELLET,**

10 **MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE,**

11 **SAMIR BÉRAR-ZAMOR,**

12 **ENRICO BOUFFARD,**

13 (Sous serment)

14

15 LA PRÉSIDENTE :

16 Le fou rire est déclenché depuis tantôt. C'est ça.

17 M. ENRICO BOUFFARD :

18 Je suis très mal aisé.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Ah, mal à l'aise. Ah, écoutez, c'est tout à fait
21 normal puis c'est bien, alors votre malaise sort en
22 rire alors c'est très bien. N'y changez rien.

23 M. ENRICO BOUFFARD :

24 Ah my god!

25

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Alors dites-vous que votre malaise, il n'y a pas
3 vraiment de raison. Vous allez nous dire ce que
4 vous avez envie de nous dire dans vos mots, comme
5 ça vient. Et vous ne les connaissez pas autour de
6 la table, mais je me porte garant, c'est tout du
7 bon monde.

8 M. ENRICO BOUFFARD :

9 Parfait, c'est ça qu'il faut.

10 LA PRÉSIDENTE :

11 Ça va?

12 M. ENRICO BOUFFARD :

13 Ça va, oui.

14 LA PRÉSIDENTE :

15 Lui, il regarde mon gros toutou en arrière, là. Ça,
16 il reste ici. Personne n'y touche à part moi.
17 D'accord.

18 M. ENRICO BOUFFARD :

19 C'est beau.

20 LA PRÉSIDENTE :

21 Alors voilà, je vous laisse la parole.

22 Mme MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE :

23 Alors merci de nous recevoir ce matin. Donc, c'est
24 un beau moment pour nous de venir partager notre
25 expérience, notre vécu et ce que nous voyons au

1 jour le jour. Donc, on va commencer d'abord avec
2 Enrico, qui va prendre la parole, suivi de Samir et
3 puis par la suite je pourrai compléter quelques
4 minutes. Et Julie Ouellet aura le dernier mot pour
5 bien clore notre première partie de ce témoignage.

6 LA PRÉSIDENTE :

7 Parfait.

8 Mme MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE :

9 Alors, Enrico, c'est à toi.

10 M. ENRICO BOUFFARD :

11 Dans le fond, j'ai trois points à amener. Je
12 voulais amener le premier point, ce serait le point
13 positif et négatif à partager lors du placement.
14 Mon deuxième point, ce serait l'expérience que j'ai
15 vécue à l'unité Neptune. Puis mon troisième point
16 ce serait les améliorations que je suggérerais pour
17 les centres jeunesse.

18 LA PRÉSIDENTE :

19 Parfait.

20 M. ENRICO BOUFFARD :

21 Bien je vais commencer pour point négatif à
22 partager lors du placement. Dans le fond,
23 négatif... bien positif, je dirais que ça puisse
24 aider certains jeunes qui ont... admettons qu'il y
25 a des problématiques chez eux. Admettons niveau

1 familial, là, ça peut aider... ça peut aider les
2 jeunes à... à comme sortir d'un milieu très... bien
3 admettons s'il y a de la violence chez eux, là, au
4 moins ils peuvent se sentir plus en sécurité au
5 centre jeunesse. Ça leur permet aussi de... d'avoir
6 une pause, puis c'est pas mal ça. Puis ils peuvent
7 apprendre aussi de nouvelles choses, là. Comme
8 j'ai... j'ai beaucoup remarqué que les éducateurs sont
9 là pour nous montrer un peu la... la voie puis tout
10 que... tout le... en tout cas.

11 Je... puis négatif, je dirais peut-être
12 plus adapter l'intervention au type de
13 problématique du jeune. Admettons... parce que j'ai
14 beaucoup vu de jeunes qui sont venus... qui sont
15 venus pour... admettons parce qu'ils n'allaient pas
16 à l'école. Bien là, ils vont au centre jeunesse
17 puis là rendu là, bien c'est comme... ils essaient
18 de trouver une autre problématique pour comme
19 trouver quelque chose à dire dans le placement,
20 mais comme à la base t'es venu pour l'école, t'es
21 pas venu parce que t'avais un problème
22 d'opposition. Pour moi, c'est un peu ça que je
23 disais. Puis c'est un peu ces affaires-là à faire
24 attention. Ça, ça « closerait » mon premier point,
25 là.

1 Mon deuxième point c'est l'expérience à
2 l'unité Neptune. Ça, j'ai beaucoup aimé parce que,
3 dans le fond, c'est une unité qui nous permet de
4 faire le pas entre... entre le... on se fait dire
5 tout faire des autres unités... et le... vers la
6 transition vers la vie adulte. Dans le fond, ils
7 nous apprennent à faire une épicerie, ils nous
8 apprennent à comment... à comment gérer... à
9 gérer... admettons si tu manques d'argent ou des
10 trucs comme ça, ils peuvent te montrer des
11 organismes qui peuvent t'aider financièrement. Puis
12 aussi... c'est pas mal ça. Puis ils te montrent à
13 comment faire un budget, à comment faire... toutes
14 des affaires que, dans le fond, les autres unités
15 ne peuvent pas te montrer et qui sont plus comme
16 sur ton comportement puis tout. Ça, j'ai beaucoup
17 aimé, puis ça m'a beaucoup aidé aussi. Puis c'est
18 eux... c'est eux qui m'ont permis de connaître la
19 ressource En Marge, justement, oui.

20 Puis mon troisième point ce serait
21 améliorations suggérées. Moi, je mettrais...
22 amélioration qu'il pourrait y avoir genre, je
23 dirais... je dirais plus comme... vraiment c'est
24 adapter le type... adapter le cadre à la personne,
25 dans le fond, là, ça, ce serait l'amélioration que

1 je suggérerais, puis c'est pas mal ça, là. Puis
2 aussi peut-être mettre un peu plus, je ne sais pas,
3 d'activités pour les... pour qu'ils se sentent
4 moins enfermés, là, c'est... c'est vraiment dur
5 pour de vrai. Mais ça « closerait », là, un peu. Je
6 ne sais pas si c'est bon?

7 LA PRÉSIDENTE :

8 Merci. On a très bien compris, merci.

9 M. SAMIR BÉRAR-ZAMOR :

10 Moi, Samir, je voudrais présenter six points. L'un
11 d'entre eux c'est... ce serait d'adapter les
12 services à chaque jeune, car chaque jeune ne sont
13 pas rentrés pour la même situation en centre
14 jeunesse.

15 Deuxième point, ce serait de parler dans
16 les foyers de groupe, centre jeunesse et foyers de
17 groupe contractuels, c'est-à-dire qui sont... qui
18 n'appartiennent pas au centre jeunesse, mais qui
19 travaillent pour le centre jeunesse.

20 Troisième groupe, ce serait plus... comment
21 je pourrais dire... le traitement des jeunes en
22 globalisant, qui veut dire que... comment je
23 pourrais dire... comment définir ça? C'est plus...
24 comme il l'a dit, chaque jeune n'est pas... tous
25 les jeunes ne sont pas rentrés par volonté et...

1 Par exemple, si je prends par exemple moi, je me
2 suis auto-signalé, mais c'est pas parce que je
3 voulais entrer en centre jeunesse « anyway ». C'est
4 parce que chez nous ça marche pas, ça fait que...
5 je ne devrais pas... je ne devrais pas... comment
6 je pourrais dire... être traité comme les autres
7 jeunes qui sont entrés, par exemple, par
8 contravention ou « whatever », par problème qu'ils
9 ont commis à la société.

10 Quatrième point, il y a... il y a des
11 points négatifs, il y a des points positifs aussi
12 en centre jeunesse. Il y a... en fait, il y a
13 majoritairement des points positifs, car il y a
14 certains jeunes que je peux dire, comme moi, après
15 le centre jeunesse je peux dire en ce moment que je
16 suis à l'aise avec ma vie, je suis capable de
17 gérer, je suis capable de subvenir à mes besoins en
18 ce moment.

19 Cinquième point, c'est... après le centre
20 jeunesse, il y a quoi pour les jeunes adultes? Il
21 n'y a pas assez de ressources. Parce qu'il y a
22 plusieurs jeunes que... je ne dis pas que c'est
23 tous les jeunes qui sont en centre jeunesse qui
24 deviennent itinérants, mais il y a plusieurs jeunes
25 que c'est juste qu'ils n'ont pas assez de

1 ressources que... il n'y a pas assez de places non
2 plus.

3 Et septième point : les différents lieux
4 d'accueil. Par exemple, quand je prends l'exemple
5 des différents milieux d'accueil comme globalisant
6 ou sinon garde fermée ou foyer de groupe, qui veut
7 dire « plus ouvert ».

8 Ça serait mes principaux points que je
9 pourrais parler, et je vais clore là, je vais
10 laisser la parole à Julie Ouellet.

11 Mme JULIE OUELLET :

12 Je pense qu'il vient de faire...

13 M. SAMIR BÉRAR-ZAMOR :

14 Ah!

15 Mme MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE :

16 Est-ce que vous voulez parler un petit peu de
17 votre... comment ça s'est duré pendant le
18 placement? T'sais, tu m'as parlé des TS qui
19 changeaient, t'aimais ça. Les bonnes TS, mais qui
20 voulaient... Est-ce que tu veux en parler.

21 M. SAMIR BÉRAR-ZAMOR :

22 Ah, moi, ça me dérange pas.

23 Mme MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE :

24 T'es pas obligé.

25

1 M. SAMIR BÉRAR-ZAMOR :

2 Euh... ce qui amène un septième point : les TS. En
3 disant... puis il y a des TS que... que ça se voit
4 dans leurs comportements qu'ils sont là par
5 obligeance. Par exemple, comment je pourrais dire
6 par « obligeance », qu'ils aiment pas tant leur
7 métier non plus. Et il y a d'autres TS que eux, ils
8 font tout pour le jeune, et il n'y a pas
9 d'entre-deux. Ça fait que moi, j'ai eu... j'ai
10 passé... Il faudra aussi avoir une stabilité avec
11 les TS, parce que oui, c'est bien beau, il y a
12 plein de jeunes qui fait qu'on a besoin de TS pour
13 chaque jeune, ça fait qu'une TS peut avoir à peu
14 près cinq jeunes à gérer, mais il y a aussi ce qui
15 s'appelle « la stabilité pour le jeune ».

16 Par exemple, devoir se réadapter à une
17 autre personne, selon le jeune, ça peut prendre
18 plus de temps, ça peut prendre moins de temps. Par
19 exemple, moi, m'adapter avec quelqu'un, c'est... ça
20 va vraiment dépendre déjà que, si je te regarde la
21 face et je t'aime pas la face, déjà là, c'est
22 « *off* ». Et une TS encore moins, parce que, une TS,
23 pour un jeune de Centre jeunesse, c'est une figure
24 d'autorité. En voulant dire que la majorité des
25 jeunes, en deux mille dix-neuf (2019), aime pas les

1 figures d'autorité, à part les parents. Ça serait
2 juste la stabilité à gérer avec les TS.

3 Mme MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE :

4 Est-ce que tu voulais parler de si t'es
5 dépressif...

6 M. SAMIR BÉRAR-ZAMOR :

7 Hum?

8 Mme MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE :

9 T'sais, tu voulais parler du (inaudible)...

10 M. SAMIR BÉRAR-ZAMOR :

11 Non, ça va. Non, c'est bon.

12 Mme MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE :

13 Alors, je vais poursuivre. Donc, pour moi, ce qui
14 est important, aujourd'hui, c'était d'accompagner
15 Enrico et Samir, mais c'est sûr que, pour notre
16 organisme, cette étape que vous faites en ce moment
17 au niveau de la Commission, elle a tout son rôle,
18 et on est très touchés. À En Marge 12-17, nous
19 travaillons beaucoup avec les Centres jeunesse, et
20 on y voit des personnes très dévouées, comme disait
21 Samir, donc on le sent, avec certains travailleurs
22 sociaux, des éducateurs, des gestionnaires dévoués
23 qui y croient, qui sont là, investis de la mission.
24 On voit aussi d'autres personnes des fois un peu
25 moins motivées, mais des fois, aussi, un... au

1 niveau du système, au niveau de l'organisation, ça
2 peut être un peu plus difficile.

3 Et quand je vous dis qu'on travaille
4 beaucoup, c'est parce qu'on accueille... on est
5 dédiés aux mineurs qui sont dans la rue. Donc,
6 c'est notre mission. À partir des jeunes que nous
7 avons reçus entre douze (12) dix-sept (17) ans,
8 nous pouvons les accompagner à la transition à la
9 vie adulte, mais on n'est pas ouverts aux majeurs
10 qu'on n'aurait pas connus mineurs. Donc,
11 c'est-à-dire qu'En Marge existe bel et bien pour
12 des jeunes de douze (12) à dix-sept (17) ans en
13 situation de rue.

14 En Marge est un dernier recours. Donc, nous
15 allons toujours privilégier un autre endroit que
16 chez nous. Alors, c'est rare qu'on voit ça dans un
17 organisme, mais nous, on aime mieux qu'ils... de
18 trouver une autre place, parce qu'on est au
19 centre-ville, parce qu'on reçoit toutes sortes de
20 personnes, puis on considère que c'est pas toujours
21 la meilleure place. Si on est capables de
22 travailler avec la famille pour ramener les jeunes
23 au sein de leur famille ou de l'entourage large, on
24 va le faire, mais c'est pas toujours le cas.

25 Et je voulais vous donner juste un petit

1 aperçu au niveau de stats. Rien encore d'officiel,
2 parce qu'on a juste six mois de l'année, mais si on
3 regarde, les jeunes que nous avons reçus durant les
4 six premiers mois de cette année, donc depuis le
5 mois de... premier (1^{er}) avril, nous avons des
6 jeunes qui ont eu ou qui ont un parcours avec la
7 DPJ, à soixante-dix-sept pour cent (77 %) des cas.
8 Si on ajoute ceux qui ont eu un suivi en CLSC.
9 Exemple : les CAFE, Crise-Ado-Famille, des
10 travailleurs sociaux familiaux. Donc, on ajoute un
11 petit pourcentage et, parmi tous les jeunes que
12 nous avons reçus depuis le premier (1^{er}) avril, on
13 est à quatre-vingts pour cent (80 %) de jeunes qui
14 ont déjà eu des services dans le réseau. Je
15 rappelle qu'on est un dernier recours.

16 Donc, pour nous, on se dit : il y a quelque
17 chose, quelque part, qu'on pourrait peut-être faire
18 autrement pour qu'on reçoive peut-être moins de
19 jeunes, ou des jeunes qui n'ont pas nécessairement
20 eu d'autres types de services, avant.

21 Vous dites : « Le vingt pour cent (20 %),
22 c'est quoi? » Bien, les vingt pour cent (20 %), on
23 a cinq pour cent (5 %), bon an mal an, de jeunes
24 qui n'ont pas eu de services, avant devenir à En
25 Marge. Donc, c'est plutôt une crise familiale qui

1 les amène, une question d'immigration, des
2 personnes qui sont débarquées à Montréal, etc., et
3 l'autre quinze pour cent (15 %), c'est seulement
4 qu'on ne le sait pas. Donc, notre quatre-vingts
5 pour cent (80 %) de jeunes qui ont eu des services
6 avant de venir à En Marge, c'est un minimum. Alors,
7 c'est énorme.

8 C'est quand même différent de ce qu'on voit
9 de... des recherches habituelles et des autres
10 statistiques officielles, parce que nous, c'est
11 empreint sur la... les personnes, donc c'est pas
12 une étude à l'ensemble de Montréal, c'est vraiment
13 ceux que nous accueillons.

14 Donc, c'est pour ça qu'on trouvait ça
15 important. Et qu'est-ce que je pourrais apporter?
16 C'est sûr qu'on aurait beaucoup de choses à dire.
17 Je vais venir compléter un petit peu ce que Enrico
18 et Samir disaient.

19 Pour nous, c'est important de travailler à
20 la vie adulte, avant que ça arrive. Quand je vous
21 dis « avant », c'est que quand même fréquemment, on
22 peut avoir un appel d'une travailleuse sociale avec
23 un jeune qui cherche une place pour les dix-huit
24 (18) ans du jeune, un mois avant. Un mois, c'est
25 pas beaucoup de temps pour trouver où on s'en va.

1 On a aussi, déjà, des jeunes qui sont quand même
2 débarqués avec des billets d'autobus et des sacs à
3 En Marge, c'est pas nouveau. C'est une image qui
4 frappe, et c'est encore... Ça arrive,
5 malheureusement.

6 Également, travailler à la vie adulte et
7 ça, Enrico en a parlé, grâce à l'unité Neptune,
8 qu'il y en a peut-être pas assez. L'unité Neptune
9 travaille aussi aux habiletés pour la vie adulte.
10 Ce que nous voyons, à En Marge, c'est des jeunes
11 qui, souvent, ont été placés longtemps. Donc, quand
12 ils ont été placés, ils n'ont pas nécessairement
13 appris à cuisiner, à faire le ménage, faire
14 l'épicerie, etc., etc., etc., et la marche, par la
15 suite, est quand même très haute. Et on arrive en
16 appartement, on a beaucoup d'habiletés à
17 développer, on a à apprendre à vivre seul. Parce
18 que dans une unité, il y a toujours du monde,
19 toujours des éducateurs. Donc, comment est-ce qu'on
20 s'occupe? Et c'est difficile de ne pas tomber dans,
21 soit parfois de la dépression, dans d'autres types
22 de dépendances; dépendance aux jeux vidéos, à
23 l'alcool, etc.

24 Également, la transition à la vie adulte,
25 et aussi durant le placement, c'est important de se

1 concentrer sur chacun des jeunes et penser au vécu
2 de ces jeunes-là. Donc, on voit des jeunes qui ont
3 eu toutes sortes de carences affectives, des
4 troubles... des violences à la maison, des traumatismes
5 et parfois, le système amène à revivre ces
6 traumatismes-là, à faire revivre les blessures qu'on a
7 eues par le passé. Et même durant le placement, ce
8 que les deux gars disaient : il y a en effet... on
9 va avoir des mécanismes pour gérer les placements,
10 gérer les comportements, qui amènent parfois une
11 gestion on pourrait dire de « délinquance » où on
12 cherche des troubles auprès de ces jeunes-là. Mais
13 il faut se rappeler, à la base, qu'ils sont placés
14 dans un... dans une optique de protection.

15 On est sensés offrir un milieu sain pour
16 eux, mais aussi un milieu où ils pourront se
17 développer, et en ayant un peu les mêmes pratiques
18 pour tous les jeunes, bien, ça amène que certains
19 vont le vivre un peu comme une perpétuelle
20 violence. Donc, on est en train de venir
21 « répresser »... c'est comme une répression de
22 certains comportements qui, à la base, comme disait
23 Samir : « Bien, t'sais, c'est quand même pas ma
24 faute si je suis placé, t'sais. Je me suis
25 autosignalé, c'est parce que je cherchais mieux,

1 normalement, en faisant de l'autosignalement. »

2 Donc, voilà, j'amènerais quelques
3 recommandations. On pourra en reparler
4 éventuellement, je pense que vous connaissez déjà
5 notre organisme, là, avec le résumé que vous avez
6 eu.

7 Premièrement, je crois qu'il y a des
8 exemples qui fonctionnent qui seraient à augmenter.
9 À améliorer, peut-être, mais à maintenir et
10 augmenter. L'unité Neptune dont on a parlé, nous
11 voyons une différence chez les jeunes qui ont pu
12 bénéficier de ce type d'unité vers la fin de leur
13 placement. Elle est marquée. Donc, nous pouvons
14 voir la différence. Ça serait bien que ça soit
15 disponible à plus de jeunes. On va même, aussi,
16 voir certains jeunes qui ont des PQJ, donc ça
17 serait bien qu'ils puissent... ça serait bien de
18 l'offrir à plus de jeunes.

19 Également, d'autres types d'exemples ou de
20 projets : jusqu'avais envie de vous parler d'une
21 nouvelle démarche que nous avons, en ce moment,
22 avec le Centre jeunesse de Montréal. Donc, une
23 démarche pour rapprocher milieu communautaire et
24 Centres jeunesse, parce qu'on l'a peu abordé
25 jusqu'à présent, mais nous travaillons aussi auprès

1 des jeunes en fugue.

2 Ce que nous voyons, c'est plus les fugues
3 se répètent, plus qu'elles s'étirent dans le temps,
4 et plus il y a de chances de développer des
5 mécanismes de survie en lien à la rue, ce qui amène
6 à s'enraciner dans un ancrage à la rue et à
7 développer l'itinérance.

8 Donc, pour prévenir ou réduire les fugues,
9 il y a des façons de travailler autrement et, par
10 exemple, entre un travailleur de rue et les unités,
11 il peut y avoir une collaboration. Souvent, on va
12 penser qu'on a des mandats très différents, mais on
13 peut collaborer ensemble en étant un lien avec les
14 jeunes pendant leur fugue, parce que je vous le dis
15 tout de suite, En Marge, quand on a ouvert, en
16 quatre-vingt-douze (1992), c'est parce qu'il y
17 avait des fugues, donc c'est pas nouveau qu'on en
18 parle, et je pense qu'il va en avoir encore demain.

19 Donc, travaillons ensemble pour adresser la
20 question de la fugue. C'est sûr qu'on voudrait tout
21 enrayer la fugue, mais elle répond à un besoin.
22 C'est un message que les jeunes peuvent lancer et,
23 à ce moment-là, il faut le voir autrement et... en
24 vue de prévenir l'itinérance jeunesse. Donc, c'est
25 un exemple de projet qui peut bien fonctionner,

1 qu'il faut quand même maintenir.

2 Une autre belle action concertée que nous
3 avons, à En Marge, qui s'intéresse à l'exploitation
4 sexuelle, c'est le projet Sphères. C'est un projet
5 qui rassemble Centre jeunesse Montréal, Centre
6 jeunesse Batshaw. C'est sûr que - on parle des
7 CIUSSS, aujourd'hui - le SPVM, En Marge 12-17 et
8 L'Anonyme, nous travaillons tous ensemble pour
9 amener des jeunes pris avec une situation
10 d'exploitation sexuelle à entamer des changements
11 et à se sortir de cette situation-là. Donc, c'est
12 des beaux exemples qui pourraient être amenés, puis
13 je pense qui pourraient servir, voire à la grandeur
14 du Québec. Évidemment, ce ne sera pas En Marge
15 partout, on n'a pas les moyens de se rendre
16 jusqu'en Gaspésie, mais certainement qu'on peut
17 tirer de cette collaboration-là qui existe et qui
18 rassemble même des missions différentes, mais on
19 peut travailler ensemble au-delà des difficultés.

20 L'autre chose... Oui, bien, je vais aller
21 plus vite, à ce moment-là. Je voulais vous parler
22 brièvement du soutien aux parents. Nous avons des
23 groupes de soutien pour parents. Les parents de
24 jeunes qui connaissent la rue, la fugue, c'est pas
25 toujours facile, et certains parents ont envie

1 réellement de s'investir et ne trouvent pas le
2 soutien nécessaire. Donc, c'est à regarder. Parce
3 que les parents, c'est un acteur clé. Donc, pas
4 toujours, c'est vrai que des jeunes peuvent être
5 placés pour des situations de négligence
6 importantes, mais pensez que c'est pas tous les
7 parents, puis il y en a beaucoup qui sont très
8 présents, qui ont peut-être juste besoin d'outils.

9 Je vais nommer, sans répéter : s'adapter à
10 chacun des jeunes dans le type d'intervention que
11 nous voulons mettre de l'avant. Et voilà. J'ai fait
12 le tour de mes quatre points. Julie.

13 Mme JULIE OUELLET :

14 Merci. Ça passe vite, hein, cinq minutes pour
15 présenter plusieurs choses. Bien, en fait, le
16 ROCAJQ, on est vraiment contents qu'il y ait la
17 Commission. Vous avez déjà entendu plusieurs de nos
18 membres ou vous allez en entendre, et aussi des
19 partenaires comme l'EDjeP, on abonde dans ce qu'ils
20 ont déjà abordé. En fait, on veut juste apporter
21 certains points complémentaires à ce qui vous a été
22 présenté ou vous sera présenté.

23 Un des premiers points, c'est au niveau de
24 la diversité culturelle. On pense qu'il y a place à
25 amélioration. Je pense que chacun, on a que...

1 t'sais, que ce soit des préjugés positifs ou
2 négatifs, dans la vie, on en a, donc il y a...
3 des... il y a des situations, en fait, où ça
4 demanderait une réflexion en termes de... des
5 approches, puis aussi comment outiller les
6 intervenants par rapport à... S'il y a une plainte
7 qui a été faite, est-ce que c'est lié à un... une
8 pratique d'autorité qui est peut-être différente de
9 ce qu'on est habitués? Ou est-ce c'est dû vraiment
10 à de la négligence? Donc, de... aussi de se
11 questionner : elles sont où, aussi, nos limites?

12 On peut prendre un exemple : famille pour
13 qui, au niveau culturel, c'est très bien vu que
14 toute la famille élargie prenne soin des enfants,
15 ça peut être vu, pour nos institutions, un signe de
16 négligence, que ce soit un autre parent qui
17 s'occupe de l'enfant, alors que dans la culture de
18 cette famille-là, c'est très bien vu que toute la
19 famille prenne en charge l'enfant.

20 Donc, il y différents exemples comme ça.
21 C'est sûr que, au niveau de l'article 2.4 de la
22 Loi, au niveau 5, peut-être au niveau du 5 : « de
23 favoriser des mesures auprès de l'enfant et de ses
24 parents en prenant en considération qu'il faut agir
25 avec diligence », au niveau du point... de l'alinéa

1 5 b), pour les caractéristiques des communautés
2 culturelles, on sent qu'il y a place à
3 amélioration. Il y a des ponts qui peuvent se faire
4 avec différentes organisations qui pourraient venir
5 former les équipes, parler des cultures. Il y a
6 différents organismes attachés à des cultures de
7 familles migrantes ou tout ça, qui peut venir
8 aider, aussi, outiller les intervenants là-dedans,
9 puis, t'sais, que ça soit aussi tenue en termes
10 lors d'évaluations au niveau de la diversité.
11 Est-ce que c'est un préjugé? Mais il y a aussi :
12 quels mécanismes qu'on met...

13 En fait, je vais y aller avec les
14 recommandations, ça va déjà stipuler. En fait,
15 conscientiser les différents intervenants aux biais
16 des valeurs culturelles qui peuvent les influencer,
17 former puis mieux outiller les intervenants
18 sociaux, afin que ceux-ci soient plus outillés,
19 informés, sensibles aux valeurs religieuses,
20 culturelles, des familles immigrantes ou de la
21 diversité culturelle. Avant de poser un diagnostic,
22 prendre une décision, étudier vraiment le cas dans
23 son contexte, dans son milieu, afin de s'assurer de
24 la justesse des faits - des fois, on peut réagir
25 plus promptement si c'est le cas de tel type de

1 communauté ou tout ça - puis mieux soutenir puis
2 accompagner les parents venant de la diversité ou
3 qui viennent d'arriver au pays, par rapport à nos
4 lois, par rapport, à nos pratiques.

5 Donc, il y a des ponts à faire, encore avec
6 les organismes, mais aussi en termes de...
7 d'accueil qu'on fait dans le milieu scolaire, dans
8 le milieu... au niveau du réseau, quand on
9 accueille les immigrants, donc... puis d'offrir des
10 ateliers d'échanges. C'est beau, des cours, mais
11 ateliers d'échanges pour vraiment voir quels sont
12 nos biais et tout ça.

13 Le deuxième point, c'est au niveau de la
14 diversité culturelle. Certains jeunes, entre autres
15 de l'EDJeP vous on déjà parlé de leur vécu, s'ils
16 étaient plus gais ou lesbiennes ou trans et tout
17 ça. Donc, il y a des mécanismes à instaurer. Nos
18 recommandations, en fait, c'est d'instaurer des
19 mécanismes de dialogue et aussi d'outiller mieux
20 les intervenants, mais aussi les familles
21 d'accueil. Nos recommandations à ce sujet-là sont :
22 avant de placer un jeune qui est de LGBTQ+,
23 s'assurer auprès des familles d'accueil qu'elle
24 accueille positivement un enfant de cette... issu
25 de la diversité, informer davantage, aussi, les

1 familles d'accueil et les intervenants sur les
2 réalités et les enjeux que ces jeunes-là peuvent
3 vivre. Il y a déjà un enjeu d'identité, il y a déjà
4 un enjeu d'attachement, il y a déjà... Donc, de
5 bien les outiller, ces jeunes-là, leur offrir un
6 soutien puis une formation, tout comme à ceux qui
7 les accueillent. Préparer, aussi... en fait, c'est
8 des deux côtés, parce qu'on a aussi des parents ou
9 des gens qui voudraient être famille d'accueil
10 issue de la diversité et qui se font déconseiller,
11 parfois, de le devenir, à cause de cette
12 diversité-là qui pourrait choquer certains...
13 certaines familles qui voudraient placer leur
14 enfant.

15 Donc, la diversité, ça se fait aussi des
16 deux côtés. De faciliter, peut-être, aussi, les
17 parents qui voudraient... d'origine... pas
18 d'origine, mais de la diversité LGBTQ+ - mon Dieu,
19 je suis nerveuse, aujourd'hui, hein - de leur
20 permettre aussi de devenir une famille d'accueil.
21 Je pense qu'il y a des ponts à faire là-dedans, et
22 aussi de bien outiller les intervenants au niveau
23 de la DPJ. Même nous, on a besoin d'être formés en
24 termes de langage inclusif, par moment, au niveau
25 de l'accueil puis du soutien qu'on peut faire avec

1 un jeune qui est en questionnement au niveau trans
2 ou tout ça. Donc, je pense qu'il y a un besoin,
3 aussi, de les outiller, puis il y a plein
4 d'organismes : on parle AlterHéros, atelier 10 ou
5 tout ça, qui peuvent offrir de la formation.
6 C'était... en fait, ils vont le faire avec plaisir.
7 Puis, bien, peut-être juste pour aller dans
8 le sens, aussi, avec les présentations aujourd'hui
9 avec En Marge, entre autres; au niveau des fugues.
10 On a parlé beaucoup des fugues, en deux mille seize
11 (2016), on a vraiment mis en place, peut-être, des
12 systèmes de sécurité ou pour prévenir. En fait, nos
13 recommandations, c'est, malheureusement, par...
14 pour offrir un lieu qui est vraiment axé sur la
15 sécurité et aussi, parfois, pour des jeunes sur la
16 discipline et tout ça, la DPJ se place parfois
17 comme un parent violent ou négligent à des enfants
18 qui ont déjà des carences, qui ont déjà un besoin
19 d'être acceptés dans tout ce qu'ils sont, qui ont
20 besoin d'être valorisés, puis le cadre ne le permet
21 pas. On est dans un milieu plus autoritaire, plus
22 cadrant et tout ça. Donc c'est sûr que, pour nous,
23 derrière la fugue se cache un besoin d'être
24 accepté, se cache un besoin d'affiliation, de
25 reconnaissance, et les jeunes vont essayer de le

1 combler d'une façon ou d'une autre. Ça démontre
2 aussi que le milieu les rend... leur fait vivre
3 tellement de choses qu'ils préfèrent en sortir.
4 Donc, il y a quelque chose, un cri d'alarme, qui
5 est là.

6 Donc, ce qu'on suggère, en fait, c'est de
7 permettre aux jeunes d'être autre chose qu'un cas,
8 autre chose qu'un diagnostic, d'assouplir le cadre
9 rigide de la DPJ afin que des jeunes puissent y
10 vivre une expérience positive, formatrice. Ils ont
11 parlé de certains projets, certaines mesures qui
12 sont intéressantes; d'aller dans ce sens-là, puis
13 aussi de diversifier les milieux d'accueil, de
14 mettre en place des tables de concertation ou
15 d'échange entre les intervenants au niveau de
16 différents sujets, qu'on puisse s'asseoir avec eux,
17 aussi, pour former et tout ça. Puis aussi pour
18 parler du jeune au-delà d'un cas, de comment on
19 peut mieux le soutenir, comment on peut mieux
20 m'accompagner, puis de mettre en place d'un service
21 d'accompagnement ou soutien aux travailleurs
22 sociaux, autant ceux qui travaillent à la DPJ qui
23 sont... que ceux qui sont en première ligne. Les
24 jeunes arrivent des fois dans des états que ça va
25 chercher tous les humains, donc de mettre un filet

1 de sécurité pour les jeunes, mais aussi pour les
2 intervenants qui travaillent auprès d'eux.

3 Puis de permettre aux jeunes de fréquenter
4 des organismes - on parle de fugues, mais aussi,
5 t'sais, pour conclure, aussi, ça touche à la
6 transition aussi vers la vie adulte - mais de
7 fréquenter des organismes ou des lieux où qu'ils
8 peuvent se créer un réseau social, où qu'ils sont
9 autre chose que le jeune qui a été placé à telle
10 place, qu'ils peuvent être acceptés. On parle de
11 maisons de jeunes, d'organismes différents, de
12 lieux culturels, de... il y a différentes places
13 qui peut... où ils pourraient rencontrer d'autres
14 jeunes puis être juste qui ils sont, puis de se
15 créer un réseau. Ce qui fait que, en sortant, que
16 ce soit les jeunes qui sortent à l'âge adulte ou
17 que ce soit un jeune, au lieu de fuguer, bien, il y
18 a peut-être un moment où qu'il est hors cadre puis
19 qu'il peut juste s'amuser puis être un jeune puis
20 être ce qu'il est, puis avoir des amis puis c'est
21 un milieu filet de sécurité, c'est ce qu'on croit.

22 Puis, en terminant, bien, investir en amont
23 dans la prévention. On a beaucoup investi, les
24 dernières années, dans le curatif, et là, la hausse
25 des signalements, ça nous montre que le bât blesse

1 au niveau de la prévention, puis qu'il y a beaucoup
2 d'améliorations à apporter au... en fait, il y a
3 plein de choses qui pourraient être faites, mais il
4 faut juste mieux soutenir les organismes et les
5 projets en prévention. Merci.

6 LA PRÉSIDENTE :

7 Merci. Alors, on va commencer la période d'échanges
8 avec Andrés Fontecilla.

9 M. ANDRÉS FONTECILLA, commissaire :

10 Merci. Bonjour, mesdames, bonjour, messieurs. Très
11 instructif.

12 Q. **[1]** Écoutez : à vous entendre, j'aurais envie... en
13 fait, je constate que vous êtes des lieux
14 d'innovation, vous mettez de l'avant des nouvelles
15 pratiques, vous êtes en contact avec une réalité et
16 comment traiter cette réalité-là, etc. Je vois que,
17 dans votre nom, il y a le mot « autonome ». Dans
18 quelle mesure l'autonomie exprimée par vos groupes
19 vous aide à mieux composer avec la réalité des
20 jeunes en difficulté?

21 Mme JULIE OUELLET :

22 R. Bien, en fait, il y a différentes façons.

23 L'autonomie, quand on est soutenus puis reconnus
24 dans notre autonomie, ça permet l'émergence
25 d'organisations comme Enfants transgenres Canada,

1 qui avait pas d'organisation comme ça avant, mais
2 qui est issue de la communauté. Ça permet aussi à
3 des organismes qui, tout d'un coup, faisaient tel
4 projet ou tel programme, qui se rendent compte que
5 la réalité n'est plus celle-ci, mais d'offrir... Je
6 vais prendre un exemple : on a des organismes qui
7 vont utiliser la culture pour permettre aux jeunes
8 de se découvrir puis de se développer, puis ils
9 vont pas prendre le jeune parce qu'ils sont
10 financés dans un truc juste particulier, ils vont
11 prendre le jeune dans tout ce qu'ils sont.

12 Donc, l'autonomie, ça nous permet vraiment
13 de répondre à des besoins émergents que c'est
14 impossible pour les grosses organisations, les
15 institutions, de le faire. Donc, ça nous permet
16 vraiment de répondre rapidement à ce qui se passe
17 sur le terrain.

18 Q. **[2]** Et dites-moi : vous avez parlé de la réalité
19 des enfants LGBTQ+ dans les familles d'accueil en
20 particulier. Est-ce que vous avez une opinion sur
21 la... cette situation-là en centres de
22 réadaptation?

23 R. Bien, c'est variable, en fait.

24 Q. **[3]** Hum, hum?

25 R. C'est variable. Ça dépend des intervenants en

1 place, ça dépend de... T'sais, il y a toujours des
2 zones de malaise qui diffèrent des gens, aussi.
3 Donc, c'est sûr que ça donne des situations
4 d'intimidation entre des jeunes. Ça peut donner des
5 situations où un jeune qui n'a pas confiance en lui
6 puis utilise la violence pour se remonter, bien, il
7 va peut-être utiliser la diversité... t'sais, la
8 différence de ce jeune-là pour le rabaisser, puis
9 c'est pas dans un jugement que je porte ça, c'est
10 juste que ça donne des lieux qui... où ils peuvent
11 être victimes encore plus d'exclusion au lieu
12 d'acceptation. Mais il y a des cas où que ça se
13 passe, t'sais, quand même bien, ça fait que ça
14 dépend aussi de... C'est pas tous les intervenants,
15 aussi, qui sont outillés. Même en... quelqu'un...
16 T'sais, comment on intervient avec quelqu'un qui se
17 définit non genré? Juste le vocabulaire, ça demande
18 des outils, ça demande une formation. Donc, oui.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Ça va? Merci. On va poursuivre avec Lesly Hill.

21 Mme LESLY HILL, commissaire :

22 Alors, merci beaucoup, c'était vraiment très
23 intéressant.

24 Q. **[4]** J'ai une petite question Enrico et pour Samir.

25 Donc, vous avez parlé, tantôt, des travailleurs

1 sociaux, puis que certains intervenants, selon
2 votre opinion, sont là plus par obligeance - c'est
3 ce que j'ai écrit - d'autres qui sont vraiment là,
4 passionnés, qui veulent aider les jeunes. Ma
5 question, c'est : si on a une TS qui est... que,
6 selon nous, est là par obligeance, ou si on sent
7 que nos besoins individuels ne sont pas respectés,
8 c'est quoi le recours des jeunes? À qui vous pouvez
9 parler, à ce moment-là, si vous êtes en placement.

10 M. SAMIR BÉRAR-ZAMOR :

11 R. Personnellement, genre, si je m'en vais sur mon
12 histoire en Centre jeunesse...

13 Q. [5] Hum, hum?

14 R. ... je me rappelle que j'ai eu une TS, que je
15 nommerai pas le nom, parce que ça sert...

16 Q. [6] Tout à fait.

17 R. ... à rien non plus, et elle, cette TS,
18 « *whatever* » ce que je la disais, ça l'intéressait
19 pas du tout. Elle, ce qu'elle voulait, c'est que je
20 fasse ce qu'elle me disait de faire. Là, c'était
21 plus dans un ordre directif qu'aidant.

22 Mais dans ces situations-là, pour de vrai,
23 il y a pas vraiment de recours. Parce que tu vas
24 vers ton intervenant qui est déjà sur place, ton
25 éducatrice, elle, elle va parler avec ta TS et

1 elle, elle va plus faire affaire avec ta TS qu'avec
2 toi, le jeune. C'est là, le problème. Ça fait que,
3 sincèrement, il y a pas tant de recours pour le
4 jeune.

5 Q. **[7]** Je ne sais pas si Enrico voulait ajouter?

6 M. ENRICO BOUFFARD :

7 R. Bien, moi, je voudrais rajouter, aussi, que comme
8 il dit, il n'y a pas beaucoup de recours à faire,
9 puis c'est pas vraiment... le Centre nous aide pas
10 vraiment à nous aider là-dedans si on a vécu. Dans
11 le fond, c'est comme : « Tais-toi » puis, genre, le
12 silence, c'est tout.

13 Dans le fond, j'ai vécu ça aussi avec... Je
14 connaissais des TS, justement, des travailleurs
15 sociaux, que... comme... ils... tu le sens qu'ils
16 sont pas là pour vraiment... de tout coeur pour
17 t'aider, genre. Ils sont là parce que c'est un
18 mandat qu'ils ont, puis ça... Puis ils définissent
19 ta vie avec un petit papier qu'ils ont lu, là.
20 C'est bien plus qu'un papier, là, c'est... Ta vie,
21 c'est comme... ta vie, ça vaut pas un petit papier
22 que t'as lu, là. Tu peux pas te fier à un papier
23 puis dire : « Moi, je te connais, là, je sais
24 qu'est-ce que t'as vécu. » Bien non. Toi, tu l'as
25 lu sur le papier.

1 Dans le fond, moi, qu'est-ce que je dirais,
2 c'est de dire aux jeunes plus de ressources pour
3 des aider à s'exprimer, ou une ressource qui peut
4 les aider à s'exprimer, ou tout simplement les
5 écouter et de pas, genre, faire semblant de les
6 écouter, parce que c'est vraiment chiant, genre, de
7 se dire : « On te comprend, mais on te comprend,
8 mais dans un sens, c'est comme on te comprend, mais
9 on te comprend pas. » C'est comme... « on te
10 comprend, mais il faut que tu ailles en retrait »,
11 genre « on te comprend. »

12 À un moment donné, c'est ça que c'est
13 arrivé. On a dit, je comprends ce que tu vis, mais
14 j'ai quand même une heure de retrait devant moi. Tu
15 me comprends ou... Tu vois. C'est dans ce sens-là.
16 J'ai dit qu'est-ce que j'avais...

17 Q. **[8]** Bien en fait peut-être une mini sous-question
18 parce que le temps file. Mais on est dans le
19 domaine des droits, hein. Les jeunes ont des
20 droits. Ils ont le droit d'être écoutés, de dire ce
21 qu'ils ont à dire justement pour influencer les
22 décisions qui vont être prises à leur sujet. Donc,
23 avez-vous été informé de vos droits ou est-ce que
24 c'est quelque chose que vous avez déjà réfléchi?

25 R. Informé de nos droits? Pas vraiment. Mais je me

1 souviens à un moment donné, en foyer de groupe,
2 j'avais pété une colère contre un des intervenants.
3 Et quand je lui ai dit... je lui ai dit que
4 j'aimerais savoir c'est quoi mes droits en étant
5 dans un foyer de groupe, ce qu'elle m'a répondu,
6 elle m'a dit : « Va dans ta chambre, on verra quand
7 tu reviendras de globalisabant... » Comment ça
8 s'appelle encore? « ... dans une unité au Mont
9 Saint-Antoine on reverra après ça. » Quand je suis
10 revenu, on n'est jamais retourné sur ce point-là.
11 Même si je lui demandais, elle ne m'a jamais
12 répondu sur ce point. Les droits, je ne crois pas
13 qu'ils nous l'expliquent vraiment en centre
14 jeunesse. En tout cas, surtout pas dans mon unité.

15 Q. **[9]** C'est quelque chose qui serait souhaitable?

16 R. Oui.

17 Mme LESLY HILL, commissaire :

18 Q. **[10]** Oui. O.K. Merci beaucoup.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Merci. On poursuit avec Gilles Fortin.

21 M. GILLES FORTIN, commissaire :

22 Q. **[11]** Merci d'être là. Moi, du discours de Marie-
23 Noëlle et Julie, j'ai compris, j'ai été frappé par
24 deux choses. J'ai l'impression que vous nous dites
25 d'un côté, les gens des services, services sociaux,

1 DPJ ou des services d'État, ne connaissent pas la
2 réalité des jeunes dont on s'occupe. Et, d'autre
3 part, vous nous dites en même temps, on n'a pas non
4 plus de lieu d'échange et d'accès. Comment on
5 pourrait corriger cet aspect-là? Concrètement, là,
6 qu'est-ce que vous verriez qui permettrait de
7 réunir ces deux groupes de personnes qui ont les
8 mêmes préoccupations, en théorie à tout le moins,
9 que vous avez?

10 Mme MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE :

11 R. Alors, j'apporterais une nuance sur la personne
12 comme travailleur social et le système dans lequel
13 il travaille. Un peu comme si je prends l'exemple
14 de Samir. On dit « je te comprends », qui disait,
15 « je te comprends mais tu vas en retrait. » Ce que
16 nous voyons, oui, des fois, il y en a peut-être des
17 personnes qui ne sont pas à leur place. Mais il y a
18 aussi beaucoup de personnes qui doivent fonctionner
19 dans un cadre et qui vont prendre une décision en
20 fonction du cadre.

21 Notamment ce qui revient souvent, c'est la
22 fameuse question de la gestion du risque. Donc, la
23 travailleuse sociale qui se dit, si je prends cette
24 décision-là puis que ça vire mal, je risque de me
25 faire taper sur les doigts, donc je pourrais être

1 mise sur la sellette, je vais préférer aller plutôt
2 dans un mode plus rassurant dans mon intervention,
3 parce que d'habitude, c'est de même qu'on fait.
4 Alors, la crainte que peuvent vivre certains
5 intervenants amène à bloquer toute initiative ou
6 toute innovation qu'on pourrait faire.

7 Ce qui amène que, ce que nous nommons,
8 c'est surtout s'attarder à la réalité de chacun des
9 jeunes et non sur nos habitudes ou nos
10 fonctionnements. Normalement, il s'est passé tel
11 comportement, on va faire un retrait, on va faire
12 une réflexion, on va te passer de telle unité à une
13 autre unité où est-ce que, peut-être, il y aura un
14 peu moins de liberté ou quoi que ce soit. Alors que
15 ce que nous disons, c'est prenons le temps
16 d'étudier chacune des personnes. Et ça se fait. Il
17 y a certains intervenants avec qui nous travaillons
18 qui le pensent.

19 Donc, on avait le cas d'une personne qui
20 fuguait beaucoup, on s'est dit, avec les centres
21 jeunesse, bien, il y a quelque chose visiblement
22 qui ne marche pas, comment est-ce qu'on pourrait
23 offrir un autre type d'hébergement, un autre type
24 d'encadrement dans ce contexte-là.

25 Mais ce n'est pas assez fréquent, parce

1 qu'on doit répondre à un fonctionnement plus
2 traditionnel. Je pense qu'il y a des gestionnaires
3 qui aident beaucoup à cette innovation-là en se
4 disant, bien, prenons ensemble la part du risque,
5 prenons ensemble le dossier et partageons-le.

6 Quand vous parliez des espaces de
7 concertation, nous nous assoyons avec quand même
8 les centres jeunesse beaucoup plus fréquemment, je
9 dis, dans les dernières années. Et c'est quelque
10 chose, encore une fois, qui va être porté par une
11 volonté d'individus, de gestionnaires qui vont se
12 dire, nous, on a envie de collaborer avec le milieu
13 communautaire. Parce qu'il faut considérer que,
14 habituellement, le centre jeunesse va offrir
15 l'ensemble des services ou répondre à la question,
16 mais il faut aussi impliquer l'environnement, parce
17 que la personne qui est en centre jeunesse va
18 sortir un jour ou l'autre où à ses dix-huit (18)
19 ans, bien, elle va nécessairement sortir. Donc,
20 c'est important de la mailler avec l'ensemble.
21 Quand on regarde ça comme plusieurs systèmes qui
22 évoluent. Et donc, les groupes communautaires en
23 font partie. Ce n'est pas assez établi, mais ça
24 serait quelque chose... Ça se fait. Il faudrait
25 juste le faire un peu plus souvent, peut-être même

1 plus... je ne veux pas dire imposer, mais avoir ce
2 réflexe-là de travailler ensemble.

3 Mme JULIE OUELLET :

4 R. Si je peux me permettre. Au niveau provincial ce
5 qu'on voit, en fait, ce qui manque, c'est, un, du
6 temps, du temps pour les ressources à l'interne qui
7 travaillent dans les centres jeunesse et du temps
8 au niveau des groupes pour se parler, puis une
9 volonté aussi institutionnelle. Il y a aussi...
10 C'est lié à des individus, comme Marie-Noëlle
11 disait. Mais il y a aussi une reconnaissance du
12 professionnalisme des deux côtés, qu'il y a des
13 ponts encore à faire. Il y a encore des
14 institutions ou des DPJ qui vont voir certains
15 organismes communautaires comme des gens non formés
16 ou non professionnels, alors que de moins en moins,
17 mais ça existe malheureusement encore. Donc il y a
18 des ponts à faire. Il y a une reconnaissance de
19 l'expertise puis de la complémentarité de chacun.
20 Mais si on donne du temps, c'est toujours ça qui
21 manque, je pense qu'il y a quelque chose de bien à
22 faire.

23 M. GILLES FORTIN, commissaire :

24 Merci beaucoup.

25

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Q. **[12]** Moi, j'avais une petite question pratico
3 pratique pour terminer. Combien de jeunes vous
4 recevez en même temps à En Marge 12-17?

5 Mme MARIE-NOËLLE L'ESPÉRANCE :

6 R. Bien, la question est dure à répondre parce que En
7 Marge offre neuf lits d'urgence.

8 Q. **[13]** O.K.

9 R. On a cinq logements sociaux. Mais on n'a pas été
10 dans les détails, mais on fait du soutien en post-
11 hébergement, en travail de rue. Donc, on est aussi
12 à l'extérieur...

13 Q. **[14]** O.K.

14 R. ... au centre-ville et dans d'autres endroits.
15 Donc, notre capacité d'accueil à la maison...

16 Q. **[15]** Oui.

17 R. ... est quand même beaucoup plus petite. Mais, par
18 contre, on a d'autres services à l'extérieur. Puis
19 on fait un accueil en 24/7. Donc, on veut être là
20 quand ça compte pour les jeunes, quand ils ont
21 besoin. Ça fait qu'on peut avoir des visites à deux
22 heures (2 h) du matin sans aucun problème. On est
23 là pour offrir un intervenant disponible. Et puis
24 la personne n'est pas obligée de venir dormir.
25 Souvent, une maison d'hébergement, on vient pour

1 être hébergé. Tandis que, nous, c'est un accueil
2 continu. On n'est pas obligé de venir dormir.

3 Q. **[16]** O.K. On peut aller prendre un café à deux
4 heures (2 h) du matin?

5 R. Tout à fait.

6 Q. **[17]** O.K.

7 R. C'est aussi un petit truc des fois qu'on n'a pas
8 nécessairement la place, on peut offrir le café, le
9 futon dans le salon.

10 Q. **[18]** Oui. D'accord. Alors merci. Merci infiniment
11 pour votre témoignage. Merci à Enrico et Samir de
12 vous être déplacés. Vous voyez, le fou-rire, ça a
13 détendu l'atmosphère. Vous avez été capable de dire
14 tout ce que vous aviez à nous dire. Alors gardez ce
15 fou-rire et cette bonne humeur! Et merci à vous,
16 les intervenantes. Merci beaucoup. Alors, on va
17 prendre dix minutes de pause, le temps d'installer
18 notre autre témoin. Merci.

19 SUSPENSION DE L'AUDIENCE

20 REPRISE DE L'AUDIENCE

21

22 LA PRÉSIDENTE :

23 Merci. Alors pour continuer notre journée nous
24 recevons le docteur Yvon Gauthier, qui est
25 pédopsychiatre. Pendant plusieurs décennies, il a

1 oeuvre au CHU Sainte-Justine et professeur émérite
2 de l'Université de Montréal. Et docteur Gauthier
3 est accompagné aussi de docteur émérite, docteure
4 Gloria Jeliu. Merci d'être avec nous. Et, Docteur
5 Gauthier, pour revenir à vous, vous êtes un des
6 fondateurs de la clinique d'attachement de Sainte-
7 Justine et donc, on devrait être capables de
8 discuter avec vous de la théorie de l'attachement
9 et de l'importance des projets de vie pour les
10 enfants. Alors merci à vous deux d'être avec nous.
11 Avant de vous laisser la parole, je vais demander
12 au greffier de vous assermenter s'il vous plaît.

13

14 **Dr YVON GAUTHIER,**

15 **Dre GLORIA JELIU,**

16 Témoins experts

17 (Sous serment)

18

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Merci. Alors maintenant la parole est à vous. On a
21 une heure ensemble. On vous avait suggéré une
22 quinzaine de minutes de présentation pour avoir du
23 temps d'échange avec les commissaires. Ça vous va?

24 Dr YVON GAUTHIER :

25 Oui.

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Alors la parole est à vous.

3 Dr YVON GAUTHIER :

4 Je vous remercie, chère Madame la Présidente. Je
5 vous remercie de m'avoir invité à témoigner
6 aujourd'hui, même si, vous le savez sans doute, je
7 suis à la retraite depuis... depuis dix (10) ans.
8 Et donc, je ne peux pas vous parler de ce qui s'est
9 passé depuis dix (10) ans, mais je pense que ce que
10 j'ai fait... et je suis très heureux de voir que
11 madame Jeliu a pu se déplacer ce matin pour venir
12 m'accompagner. On s'est parlé juste il y a une
13 couple de jours pour lui dire que cette Commission
14 existait et vous voyez, elle est là et je suis sûr
15 qu'elle pourra apporter des choses que je n'aurai
16 pas dites sur ce que nous avons pu faire durant dix
17 (10) ans dans cette clinique d'attachement.

18 Écoutez, je veux... je veux vous apporter
19 quelques éléments d'histoire. J'ai fait ma médecine
20 à Laval, j'ai fait toutes mes années... mes
21 formations en psychiatre, psychiatre d'enfants,
22 psychanalyste, psychanalyse d'enfants à
23 Philadelphie. Je reviens à Sainte-Justine en mil
24 neuf cent soixante (1960), le docteur Lazure qui
25 est le chef et mon bon ami déjà, m'accueille et

1 puis je... parmi les choses que... je suis le
2 troisième psychiatre d'enfants formé. Alors vous
3 pouvez imaginer ce qu'on a à faire. Mais je
4 m'occupe en particulier de la consultation sur les
5 étages de pédiatrie.

6 Et c'est là qu'au cours de ces premières
7 années, je deviens... je viens en contact avec des
8 enfants qui n'ont pas six (6) ans, qui sont en
9 famille d'accueil et qui présentent des troubles
10 sérieux de comportement, assez... assez pour être
11 hospitalisés. Et ce que je remarque dans ces
12 histoires-là, c'est qu'ils ont été déjà dans
13 plusieurs familles d'accueil, alors qu'ils ont à
14 peine six ans. Et ce que je remarque aussi, à
15 mesure que les années passent, que dans plusieurs
16 cas où les troubles de comportement sont... sont
17 particulièrement sérieux, c'est qu'ils sont ce qui
18 s'appelle à ce moment-là - et peut-être déjà encore
19 - en réintégration progressive. C'est-à-dire qu'ils
20 ont été en famille d'accueil, ils vont bien et la
21 famille naturelle a fait des progrès et veut
22 reprendre son enfant et le juge, le Tribunal, a
23 décidé de réintégrer l'enfant et ça se fait
24 progressivement. Et cet enfant qui allait bien dans
25 sa famille où il était, souvent depuis quelques

1 années, s'est mis à réagir fortement.

2 Et c'est là que... que je commence à
3 comprendre qu'au fond, l'enfant, il réagit à la
4 suite de... parce qu'il est en train de perdre les
5 nouvelles figures d'attachement, c'est-à-dire les
6 parents d'accueil à qui il s'est attaché durant...
7 durant souvent ces... pas ces quelques mois, mais
8 ces quelques années.

9 Et ça, ce sont les années, vous voyez, les
10 années fin... les années soixante (60), soixante-
11 dix (70). Je suis psychanalyste, je m'intéresse
12 beaucoup à ce qui se publie et en particulier ce
13 que monsieur John Bowlby, psychanalyste à Londres,
14 est en train de publier. Il a publié déjà en mil
15 neuf cent quarante-quatre (1944) une... une étude
16 sur une quarantaine de délinquants adolescents et
17 ce qu'il découvre dans leur histoire comme
18 caractéristique commune, c'est qu'ils ont été
19 séparés dans leur première enfance de leur figure
20 maternelle. Et il se met à entrer dans ce domaine-
21 là. Je ne veux pas vous faire un cours puis vous
22 donner tous les détails, mais monsieur Bowlby, bon,
23 ils font : « A two-year-old goes to the hospital »,
24 un film très, très important et qui démontre les
25 réactions d'un enfant au moment où il est séparé de

1 son milieu familial. Et il vient à publier trois
2 livres : « Attachment and loss » sur ce qui... au
3 fond ce sont les fondements de la théorie de
4 l'attachement. Et c'est ce qui m'inspire pour
5 comprendre ce qui se passe chez les enfants que je
6 suis en train de voir à l'occasion comme consultant
7 à Sainte-Justine. Bon.

8 Il y a un personnage presque aussi
9 important que monsieur Bowlby, c'est madame
10 Ainsworth, parce que madame Ainsworth développe
11 un instrument de recherche qui s'appelle « Strange
12 situation », situation étrange, qu'on fait passer
13 aux enfants autour de douze (12), quinze (15), dix-
14 huit (18) mois, séparation, réunion avec la mère.
15 Et c'est à partir de ça qu'on vient à catégoriser
16 des enfants comme étant sécurés ou insécurés.

17 Et éventuellement il y a un autre
18 instrument de recherche qui s'appelle « Adult
19 attachment interview » et qui... qui étudie
20 l'histoire d'attachement d'un adulte et qui, là
21 aussi on en vient à catégoriser les adultes en
22 sécurés, insécurés. Et il y a une autre catégorie
23 qui vient... qui est développée, qui s'appelle
24 « Enfants désorganisés, désorientés », la catégorie
25 D, et qu'on retrouve particulièrement dans les...

1 dans les familles maltraitant.

2 Et ce qu'il y a d'important, chers amis,
3 c'est... maintenant, on ne peut... on n'est plus
4 obligés de parler de théorie de l'attachement parce
5 que, à partir de ces instruments de recherche, il y
6 a eu des études longitudinales faites en Allemagne,
7 en Angleterre et aux États-Unis. Il y en a quatre
8 au moins qui sont très importantes et qui ont suivi
9 des populations très importantes depuis la
10 naissance, depuis les premières années jusqu'à
11 l'âge adulte. Et on a maintenant des corrélations
12 statistiques très, très... très, très précises, qui
13 nous montrent que ce qui se passe durant... au
14 point de vue de l'attachement, sécurité, insécurité
15 au cours des deux, trois premières années, c'est ça
16 qui prédit le devenir des... de ces enfants-là au
17 plan... au plan adulte. Donc, on a maintenant des
18 recherches extrêmement intéressantes et
19 importantes.

20 Bon. J'en viens à notre clinique
21 d'attachement. Ce qui arrive c'est que, moi, je
22 suis pédopsychiatre et je m'aperçois, avec les
23 années, que très souvent je me retrouve au Tribunal
24 en compagnie du docteur Jeliu ou du docteur Fortin,
25 parce qu'ils ont été demandés comme pédiatres ou

1 comme neurologues à étudier l'évolution du même
2 enfant. Donc, on se retrouve tous les trois à
3 discuter du même enfant. Et c'est un peu comme ça
4 que l'idée nous est venue, je ne me souviens pas
5 comment, mais pourquoi on ne travaillerait pas
6 ensemble? Et on a décidé de faire une clinique. On
7 a... on l'a faite en étroite collaboration avec les
8 centres jeunesse.

9 Et finalement, on a mis sur pied cette
10 clinique et on a travaillé pendant dix (10) ans, on
11 travaillait un avant-midi une fois par semaine, des
12 fois deux fois, on observait les deux familles,
13 naturelle et d'accueil. Évidemment, les
14 intervenants nous présentaient l'histoire, mais ce
15 n'est pas nécessaire d'entrer dans les détails de
16 ça. L'important, c'est qu'on a, on a vu sur une
17 période de dix (10) ans, autour de cinq cents (500)
18 familles et plus d'enfants, parce que des fois il y
19 avait plus qu'un enfant qu'on voyait en même temps.
20 Et l'important de cette clinique, c'est que on
21 s'est aperçu qu'on répondait à un besoin très
22 important des intervenants des centres jeunesse.

23 Vous savez, je veux dire que nous avons pu
24 observer une très grande qualité des intervenants,
25 de ces professionnels qui travaillent avec ces

1 enfants-là, ces familles-là, en famille d'accueil.
2 L'engagement et l'investissement affectifs de ce
3 monde-là nous a constamment frappés et on a... donc
4 on répondait à un besoin. La majorité des cas qui
5 nous étaient soumis, c'était, en fin de compte, on
6 l'a finalement bien compris, c'est que ces
7 intervenants-là avaient compris que ces enfants-là,
8 ça faisait déjà assez longtemps qu'ils étaient en
9 famille d'accueil et qu'on devait penser à un
10 projet de vie, c'est-à-dire un placement en
11 majorité.

12 Le concept de projet de vie n'était pas là
13 encore quand on a commencé, c'était plutôt
14 placement en majorité. Vous voyez, la loi, la
15 révision de la loi s'est faite en deux mille six
16 (2006) et c'est là qu'on commence, qu'on parle
17 précisément de projet de vie, et c'est à ça qu'on
18 répondait. C'est-à-dire que les intervenants
19 venaient beaucoup nous voir pour confirmer leur
20 diagnostic, leur impression fondée sur toutes les
21 observations qu'ils avaient faites, que ces
22 enfants-là ne devaient pas retourner en... dans
23 leur famille naturelle.

24 Bon, en gros, c'est que j'ai à dire à ce
25 moment-ci. En conclusion, je pense que ce que la

1 théorie et la clinique d'attachement nous apprend,
2 c'est que les trois premières années de vie sont
3 extrêmement importantes pour le devenir de
4 l'enfant. C'est là que se met en place la sécurité
5 et la sécurité, elle est fondée sur une capacité
6 des parents de répondre dans le quotidien aux
7 besoins de leur enfant. Je dis les parents, c'est
8 la mère surtout. Mais c'est sûr que le père aussi
9 quand il est là, il joue un rôle très important.
10 Mais c'est évident aussi que la mère qui a porté un
11 enfant pendant neuf mois, qui l'a accouché, qui l'a
12 allaité et c'est elle qui le plus souvent est quand
13 même la plus proche pour répondre aux besoins de
14 cet enfant-là.

15 Écoutez, on a publié en deux mille quatre
16 (2004) un texte dont je vous ai fait remettre copie
17 qui résume un peu notre travail à la clinique
18 d'attachement et l'importance de la continuité de
19 la permanence dans le devenir des enfants est fondé
20 sur l'attachement. Il y a un certain nombre
21 d'observations de cliniques dans ce texte-là, je ne
22 veux pas entrer dans les détails. Si jamais dans
23 les questions, vous voulez que je vous donne
24 quelques éléments de ces cas, je... Je relisais ce
25 texte ces jours derniers, quand je suis arrivé à

1 ces observations, je vous avouerai que j'ai été
2 quelques fois ému personnellement de voir, de
3 revoir comment ces enfants-là... Je vous donne un
4 exemple, il y a cet enfant-là, ça fait plusieurs
5 années qu'il est placé, il est en réintégration
6 progressive.

7 Donc, il va quand même deux ou trois jours
8 par semaine chez sa mère naturelle, mais le reste
9 du temps, il est avec ses parents d'accueil. Et ce
10 matin-là, bon, les deux familles sont là, on l'a
11 fait sortir et puis il revient et il voit les deux
12 familles. Il a un moment d'hésitation et il se tire
13 sur sa mère d'accueil et il a été impossible, même
14 à ma collègue dont vous connaissez peut-être toutes
15 les capacités d'aller chercher un enfant, il n'a
16 jamais été capable, elle n'a jamais été capable de
17 le retirer des bras de cette mère.

18 Et ce sont des comportements comme ça qui
19 nous disent c'est quoi l'attachement, c'est à qui
20 que cette personne... cet enfant-là est attaché. On
21 l'a, on l'a vu là et vous voyez, évidemment, il y a
22 d'autres observations qui avaient été faites par
23 les intervenants. Mais pour nous, c'était très
24 parlant et je peux vous dire qu'on l'a vu souvent.
25 Alors, moi, je m'arrête à ce moment-ci, puis je

1 peux répondre à toutes vos questions et
2 commentaires.

3 LA PRÉSIDENTE :

4 Merci, Docteur Gauthier. Alors, on va débiter tout
5 naturellement avec quelqu'un que vous connaissez
6 bien, docteur Fortin.

7 M. GILLES FORTIN, commissaire :

8 Merci beaucoup, Madame la Présidente. Avant de
9 poser la première question, j'aimerais peut-être
10 juste souligner que le docteur Jeliu qui accompagne
11 docteur Gauthier a été une des pionnières au Québec
12 en matière de maltraitance. Dans les années
13 soixante-dix (70), c'est grâce à elle que la
14 communauté sociale et médicale a pris conscience
15 que la maltraitance à l'égard des enfants existait.
16 Et grâce à son travail, dans ses premières années,
17 je pense que ça a été... c'est elle qui a fait
18 germer toute la... tout ce qu'on connaît
19 aujourd'hui autour de la maltraitance. Alors, merci
20 d'être là, Docteure Jeliu.

21 Q. [19] Docteur Gauthier, j'aimerais revenir sur un
22 point. Vous disiez tantôt que les intervenants nous
23 consultaient ou consultaient la clinique. Qu'est-ce
24 qui les amenaient, quels sont les signes, autrement
25 dit, les symptômes qui font que ces gens-là

1 comprenaient que la réinsertion qu'on était en
2 train de faire ne convenait pas, ne fonctionnait
3 pas.

4 Dr YVON GAUTHIER :

5 R. Je pense que les signes les plus importants au
6 fond, c'est les symptômes que l'enfant développe à
7 ce moment-là. Et les symptômes c'était... cet
8 enfant-là dans la famille où il est souvent depuis
9 deux ans, trois ans, il va bien, il s'est
10 développé, il n'y a pas de retard de développement.
11 Il n'y a pas de... vous savez, les grands symptômes
12 qu'on voyait chez ces enfants-là qui ont des
13 troubles, des troubles de comportement...C'est quoi
14 des troubles de comportement, c'est
15 l'hyperactivité, c'est l'agressivité, c'est la...
16 un enfant qui ne sait jamais trop, trop où se
17 situer et bien, c'est un enfant qui va bien, qui se
18 développe bien, qui mange bien, qui dort bien, qui
19 va à l'école ou qui va en garderie et qui a une
20 relation normale avec les autres enfants et avec
21 les adultes.

22 Et là, ces enfants-là tout à coup au moment
23 où ils sont remis dans la famille naturelle qu'ils
24 connaissent, qu'ils n'ont jamais... ces familles,
25 les familles naturelles n'abandonnent pas l'enfant

1 au moment où il est placé. L'enfant, ou bien ils
2 viennent le voir, ou bien l'enfant continue à
3 visiter un peu, donc c'est quand même une famille
4 qu'il connaît. Mais au moment où il est en
5 réintégration progressive, il est là une journée,
6 deux jours, trois jours, c'est là qu'il développe
7 l'hyperactivité et surtout des taux... des crises
8 de colère, des crises d'agressivité, des troubles
9 du sommeil, et puis il se met à moins manger, puis
10 et caetera, vous voyez.

11 Donc, c'est au fond toutes ces réactions au
12 niveau du développement normal d'un enfant de trois
13 ans, quatre ans, cinq ans, c'est ça qui apparaît,
14 mais qui apparaît de façon importante. Dans un des
15 cas qu'on a écrit, c'est assez intéressant, je le
16 relisais de me rappeler que au moment où l'enfant
17 est en réintégration progressive durant une période
18 d'un mois, deux mois, trois mois, tout semble bien
19 se passer. Et puis il y a une réunion avec la
20 travailleuse sociale, probablement les deux
21 familles, et tout semble se passer normalement dans
22 la réunion. Mais c'est après la réunion, dans les
23 jours et les semaines qui suivent, que l'enfant
24 tout à coup se met à réagir fortement comme je
25 viens de le dire, l'agressivité en particulier, des

1 crises de colère, l'enfant qui n'est plus tenable,
2 et caetera, et caetera.

3 Et là, c'est là qu'on fait le lien qu'il
4 s'est passé durant la rencontre avec la
5 travailleuse sociale, il s'est passé ceci, c'est
6 que l'enfant semble avoir compris que ces visites,
7 ces deux ou trois jours passés dans la famille
8 naturelle, c'était pour conduire à il va rester là.
9 Et au moment où il a compris ça, là il n'en est
10 plus question, et c'est là qu'il s'est mis à
11 réagir. Donc, je viens à votre question, c'est quoi
12 les signes, c'est les comportements, c'est les
13 symptômes qui apparaissent chez un enfant qui
14 jusque-là, jusque-là allait bien.

15 Q. [20] Je pense que c'est en deux mille sept (2007)
16 ou deux mille neuf (2009), il y a une modification,
17 une introduction d'un article de loi suite à une
18 commission parlementaire, l'article 91 de la ... de
19 la Loi sur la protection de la jeunesse où on parle
20 de durée maximale de placement. Je ne sais pas si
21 vous avez en mémoire, on disait à cette époque-là
22 que pour un enfant de deux ans, quand ça fait douze
23 (12) mois qu'il est dans un milieu, il faut penser
24 à élaborer un plan de vie ou, donc, considérer le
25 fait qu'on doit élaborer une façon de le laisser

1 dans ce milieu. On parle de douze (12) mois pour un
2 enfant de moins de deux ans, de dix-huit (18) mois
3 pour un enfant de deux à cinq, et de vingt-quatre
4 (24) pour un enfant de six ans et plus.

5 Est-ce que vous, cette conception, cette
6 façon de faire vous paraît encore adéquate?
7 Autrement dit, à quel moment faut-il songer ou
8 réaliser que l'enfant a peut-être développé des
9 liens très significatifs qu'il serait dangereux
10 d'interrompre, de...

11 R. C'est une question très, très, très importante et
12 très difficile. C'est sûr que, à partir d'un an,
13 d'un an et quelques mois, un enfant qui est...
14 c'est vraiment autour de cet âge-là que
15 l'attachement se met... commence à se mettre
16 vraiment en place. Si ça s'est mal passé durant la
17 première année, au point où l'enfant doit être
18 placé, il va prendre un certain temps à s'adapter,
19 à établir une relation avec cette nouvelle mère,
20 ces nouveaux parents. Et c'est sûr que si ça se met
21 en place comme il faut avec ces nouveaux parents,
22 cette nouvelle mère, les signes de développement
23 vont, le développement normal, vont apparaître.
24 C'est-à-dire la marche, le langage qui se met à
25 paraître, le plaisir, et tout ça autour de deux ans

1 va se concrétiser de plus en plus. Deux ans, deux
2 ans et demi. Quand ça fait six mois là que ça est
3 en place, toute nouvelle séparation va être
4 difficile. Donc, quand on dit, quand le projet de
5 loi en deux mille six (2006) disait six mois, pas
6 plus que six mois durant les deux premières années,
7 je pense que c'est ça que ça dit.

8 Q. **[21]** Douze (12) mois.

9 R. C'est un an?

10 Q. **[22]** Un an pour les enfants de moins de deux ans.

11 R. C'est sûr qu'un an là, c'est sûr qu'à partir d'un
12 an durant les deux premières années. Un an de
13 placement qui va bien dans une famille d'accueil
14 qui est, qui elle aussi a établi déjà un
15 attachement, vous savez, ça joue, ça joue des deux
16 bords cette affaire-là, là. Ce n'est pas juste
17 l'enfant qui s'attache, c'est les parents
18 d'accueil, je dirais surtout la mère d'accueil qui
19 a investi cet enfant-là. Vous savez, l'attachement,
20 c'est des deux bords. Et c'est sûr qu'on est...
21 donc au bout d'un an de l'entrée, deux premières
22 années, un enfant qui est placé un an, puis que ça
23 va bien, il y a toutes les chances qu'ils sont
24 attachés des deux côtés là. Et que la mère
25 d'accueil est après dire : bien moi, je suis prête

1 à le garder cet enfant-là. Et c'est sûr qu'il faut
2 y songer très sérieusement, parce que toute
3 séparation nouvelle à ce moment-là va sûrement être
4 très traumatique pour cet enfant-là. Donc, c'est
5 sûr qu'il faut déjà commencer à penser à un projet
6 de vie.

7 Q. [23] Donc, les placements en milieu substitut,
8 milieu familial avant même, même dans le courant de
9 la première année de vie, la deuxième année de vie,
10 ne sont pas dépourvus de conséquences et d'impacts.
11 On a l'impression, là je vais caricaturer en disant
12 bien, qui se souvient de ce qui s'est passé dans sa
13 vie avant l'âge de deux ans? On n'a pas de mémoire
14 consciente. Mais ce que je comprends, c'est que ce
15 qui se passe imprègne l'enfant durant cette... ces
16 deux premi... déjà les deux premières années de la
17 vie imprègne l'enfant de façon significative pour
18 le reste de ses jours.

19 R. Je pense que oui, on peut dire ça maintenant. On
20 peut dire ça, je pense les observations sont trop,
21 trop importantes et trop, trop diverses de tous, de
22 tous les côtés pour dire que ce qui se passe durant
23 les deux premières années. On dit les trois
24 premières années, puis je pense que Bowlby, c'est
25 les trois premières années. Parce que c'est sûr

1 qu'entre deux ans puis trois ans, il se passe
2 aussi, il se confirme ce qui s'est déjà mis en
3 place durant les deux premières années. Mais déjà
4 les deux premières années sont extrêmement
5 importantes. Vous avez raison de dire que c'est
6 rare qu'on s'en rappelle. C'est rare qu'on s'en
7 souvient. Mais c'est inscrit en dedans de nous.
8 Vous savez, ces rapports quotidiens autour des
9 fonctions physiologiques de l'être humain, vous
10 savez, boire, manger, déféquer, vous savez, c'est
11 dans le quotidien ça se passe, et c'est relationnel
12 tout ça.

13 Ça ne se passe pas tout seul comme s'il y a
14 une mère quelque part, puis il y a un enfant qui
15 est là. Ils sont deux ou ils sont trois
16 heureusement, vous savez, autour de toutes ces
17 choses-là qui deviennent tellement automatiques,
18 qu'on vient qu'à penser qu'on les oublie. Mais
19 comment ça s'est construit tout ça? Comment,
20 comment ça s'est inscrit? Bien c'est ça dans l'être
21 humain, c'est à la fois la pensée qui se met en
22 place tranquillement, et puis la physiologie qui se
23 développe et qui se développe, vous savez, c'est
24 l'enfant autour d'un an, il se met à marcher. C'est
25 extraordinaire de voir un enfant qui se met à

1 marcher. Et quand il se met à marcher, c'est parce
2 qu'il y a quelqu'un qui l'a soutenu, puis qui l'a
3 enveloppé, puis qui l'a nourri, puis qui a eu du
4 plaisir à le faire avec lui durant, durant un an.
5 Puis tout à coup, bien, il y a le sourire à part
6 sept ou huit mois là, puis après ça marcher. Puis
7 après ça, le langage qui apparaît, imaginez le
8 langage. L'enfant qui se met à dire des mots puis
9 des phrases, t'sais, on n'en revient pas quand ça
10 se passe.

11 Mais ça se passe parce qu'il y a eu
12 quelqu'un qui a été là tout le temps,
13 quotidiennement, le jour puis la nuit aussi. On
14 sait que c'est souvent la nuit aussi. Bon. Et c'est
15 ça qui fait qu'il se construit à l'intérieur d'un
16 enfant la sécurité, c'est-à-dire la confiance. De
17 dire : ah, je sais qu'il y a quelqu'un qui est là
18 si j'ai besoin. Puis si ça ne va pas, puis si j'ai
19 peur, puis si on me fait mal, il y a quelqu'un qui
20 est là, puis qui va répondre. Mais l'attachement
21 c'est ça, et c'est comme ça que ça se construit,
22 puis que si on se met à toucher à ça, à séparer
23 quelqu'un, c'est là qu'on voit les réactions. Au
24 fond, comme j'ai essayé de le dire tantôt, monsieur
25 Bowlby, madame Ainsworth, et caetera, tout

1 l'attachement, c'est la séparation, c'est l'union,
2 la séparation et la réunion. La situation étrange
3 c'est ça, il y a un enfant avec sa mère, on le
4 voit, on fait sortir l'enfant, puis on le fait
5 revenir, puis on observe les deux. Ça a l'air de
6 rien, mais c'est comme ça que ça s'est construit.
7 D'essayer de dire : oui, c'est vrai ce qu'on pense
8 ce qui se passe, que l'enfant il réagit à la perte
9 de, à la sépara... à l'absence tout à coup et
10 comment il réagit.

11 Il va nous dire s'il est sécure cet enfant-
12 là : oui, oui, tu peux partir, puis quand je vais
13 revenir, tu vas être là. Et puis... mais dans des
14 cas il se met à la... à avoir une réaction déjà
15 extrêmement forte à la première séparation, puis
16 quand il revient, on voit très bien pourquoi ça a
17 été très difficile cette séparation. Et puis il y a
18 l'enfant qu'on dit évitant qui a déjà compris que
19 s'il se retire un peu, puis qui ne réagit pas du
20 tout, puis il ne montre aucun affect, c'est peut-
21 être encore la meilleure réaction. C'est ce qu'on
22 appelle l'insécure évitant. Bon, puis c'est des
23 détails qui, oui, sont importants. Parce que c'est
24 comme ça que ça s'est construit de... d'en venir à
25 dire : oui, c'est vrai ce qu'on pense, que les

1 premières, les premières relations, les premières,
2 les premiers mois, les premières années, ça se joue
3 autour de ça. Et c'est ça qui fait qu'à un certain
4 moment, un enfant peut se dire : bon, je peux y
5 aller, je peux apprendre, je peux avoir du fun avec
6 mes amis. Je peux partir, laisser le matin pour
7 aller à la garderie, puis revenir. Bon, ça ne se
8 dit pas dans le langage, mais ça se dit dans le
9 comportement. Oui.

10 Q. **[24]** Merci. Je suis sûr que d'autres de mes
11 confrères ont des questions pour vous.

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Oui, absolument. Alors, Docteur Gauthier, on va
14 poursuivre avec Hélène David.

15 Mme HÉLÈNE DAVID, commissaire :

16 Q. **[25]** Bonjour, Docteur Gauthier.

17 Dr YVON GAUTHIER :

18 R. Bonjour.

19 Q. **[26]** Quel... c'est émouvant, c'est vraiment
20 émouvant de vous voir ici, vous Docteure Jeliu et
21 d'autres dans la salle. Nos chemins se sont croisés
22 depuis plusieurs décennies, mais en vous voyant
23 tout à l'heure, l'image qui m'est venue c'est une
24 autre commission parlementaire avec un autre grand
25 bâtisseur du Québec, puis je pense que je vais le

1 nommer parce que c'était public, c'était Guy
2 Rocher. Alors vous êtes de la même, de la même
3 trempe au niveau de ce que vous avez contribué à la
4 pédopsychiatrie au Québec. Et votre discours et
5 votre passion, votre vitalité encore tellement
6 présente est tout à fait la confirmation de l'image
7 qui m'est venue.

8 Alors merci d'avoir contribué à ce point-
9 là, Docteure Jeliu aussi, à bâtir un Québec qui
10 réfléchit à la question des enfants. On est ici
11 pour y réfléchir, mais vous y avez tellement
12 réfléchi que votre contribution est exceptionnelle,
13 je tiens à le souligner. Vous vous êtes attaqué
14 très tôt à un problème compliqué, parce que
15 l'attachement était pas nommé comme ça. Mais il y a
16 des... vous avez évidemment travaillé toutes les
17 questions en psychanalyse avec Anna Freud. Après
18 ça, oui, Mary Ainsworth avec « Beyond the best
19 interest of the child ». Et puis Bowlby, vous avez
20 continué, puis on peut dire Gauthier aussi. Et
21 cette question-là s'appliquait aux parents
22 biologiques bien souvent, c'est-à-dire est-ce que
23 l'attachement est sécuritaire, insécuritaire, la confiance de
24 base, la méfiance de base. Et après ça, bien vous
25 êtes arrivé spontanément à ce qu'on a appelé, bon,

1 les attachements insécures, les attachements
2 évitants, toutes les catégories d'attachement.

3 Et ça vous a peut-être amené vers ce
4 domaine qu'on a... auquel vous avez contribué,
5 c'est-à-dire tout le domaine de la protection de
6 l'enfance, le domaine des enfants maltraités. Mais
7 il reste que je veux vous entendre sur ce conflit
8 probablement cornélien que vous avez eu, auquel
9 vous avez eu à faire face souvent entre d'un côté
10 l'importance de la mère, vous le dites beaucoup
11 l'importance de la mère, la mère biologique, la
12 mère qui allaite, la mère qui porte, et la mère
13 substitut qui est la famille d'accueil et dont on
14 constate, et toutes les études le montrent,
15 longitudinales et tout ça, que s'il y a un lien
16 très fort d'attachement, mais c'est avec elle que
17 l'enfant doit rester. Mère psychologique versus
18 mère biologique.

19 Mais j'aimerais vous entendre peut-être sur
20 comment, ce n'est pas toujours tout noir, tout
21 blanc ces histoires-là, et comment vous avez fait
22 dans votre carrière et comment vous pouvez aider
23 les intervenants sociaux quand ce n'est pas
24 complètement évident et complètement insécure d'un
25 côté et que la mère biologique n'est pas

1 complètement dans le tout noir, et la mère
2 substitut dans le tout blanc parce que là,
3 comprenez-vous, ce n'est pas facile cette question-
4 là j'imagine.

5 R. Écoutez, vous touchez là... c'est au coeur du
6 problème des familles d'accueil, puis du placement
7 en majorité, puis et caetera. C'est évident, et je
8 vous remercie de toucher à ça, parce que je
9 voudrais préciser un peu plus. Vous savez, il y a
10 tout un travail à faire avec les parents
11 biologiques quand un enfant est placé, et ça se
12 fait. C'est souvent, je l'ai dit dans le petit
13 mémoire que j'ai préparé, c'est sûr que la majorité
14 des parents vraiment maltraitants, et qu'on se
15 retrouve avec des enfants qui sont placés depuis
16 longtemps, en général ce sont des parents qui eux-
17 mêmes ont fait... font partie de cette catégorie de
18 parents qui ont été eux-mêmes négligés et
19 maltraités.

20 Et c'est pour ça que ça a été tellement
21 difficile pour eux de s'occuper vraiment de leur
22 enfant et de pouvoir répondre aux besoins de cet
23 enfant-là. Maintenant, on travaille avec eux, c'est
24 souvent difficile, puis souvent on n'a pas
25 l'impression que ça donne les résultats qu'on

1 attend, mais c'est sûr qu'il faut le faire.

2 Et c'est là qu'à un certain moment le choix
3 doit être fait, parce que l'enfant lui, il ne peut
4 pas attendre. Vous savez, le temps de l'enfant est
5 court. Le temps de l'adulte est long, mais le temps
6 de l'enfant est court et puis c'est à un certain
7 moment... Mais là elle commence à aller mieux, et
8 caetera, et caetera, puis elle va vouloir le
9 reprendre son enfant.

10 Puis c'est ça que, vous savez, je n'ai pas
11 parlé de nos audiences au Tribunal. Vous savez, on
12 a été dans notre clinique, on a été appelé peut-
13 être pas dans chaque cas, mais souvent, au
14 Tribunal. Heureusement, on était trois, donc on
15 n'était pas... on n'y allait pas tous les trois, on
16 pouvait se diviser. Mais là le problème qu'on
17 avait, c'est qu'il fallait défendre devant des
18 juges, des juges dont la tendance, et les
19 intervenants nous avaient avertis, la tendance
20 était très, très forte du côté du parent naturel.
21 La tendance était... l'enfant, il appartient à ses
22 parents biologiques, à sa mère biologique, et c'est
23 là qu'il devrait aller si elle va mieux. Mais c'est
24 comme ça que les décisions de réintégration
25 progressive se prenaient, vous voyez. Et c'est sûr

1 que le problème, il est là. Et c'était souvent très
2 difficile pour nous, remarquez bien qu'on n'était
3 pas dans une situation où c'est nous qui pouvons
4 évaluer le progrès d'une mère naturelle, et c'est
5 les intervenants qui le faisaient, et ils nous
6 donnaient des éléments. Mais c'est sûr que c'est le
7 fait que c'est surtout l'enfant, pour nous, qui
8 était le témoin, c'est son... c'est ses
9 comportements, c'est ses réactions qui étaient pour
10 nous l'élément principal de décision entre la mère
11 psychologique, les parents psychologiques et les
12 parents naturels. Mais c'est sûr que le problème
13 est toujours là.

14 Q. [27] Avez-vous l'impression d'avoir infléchi
15 plusieurs décisions en convainquant de l'importance
16 justement d'effets d'un enfant très attaché à une
17 mère d'accueil, par exemple, très attaché, vous
18 avez donné des exemples éloquents, avez-vous réussi
19 à convaincre des juges? Trouvez-vous qu'au Québec,
20 on a suffisamment cette notion de l'importance de
21 l'attachement particulièrement dans le zéro, trois
22 ans, et que le système, les juges, les intervenants
23 sociaux sont très sensibles à votre intervention?

24 R. Bien écoutez, durant le temps où on a travaillé,
25 c'était une des questions importantes auxquelles on

1 était affrontés et comme je vous ai dit, c'est
2 souvent au Tribunal et on a réussi à convaincre un
3 certain nombre de juges, parce qu'il y a quelques
4 jugements que j'ai lus durant les deux ou trois
5 semaines récentes, où finalement, le juge
6 finalement était convaincu et décidait que cet
7 enfant-là était placé à majorité.

8 Donc, on a eu l'impression qu'on avait,
9 puis on a fait, évidemment, on fait des formations,
10 beaucoup, je n'ai pas parlé de ça. Mais dans notre
11 travail, c'était un travail clinique, mais on a été
12 appelés un peu à travers tout le Québec pour faire
13 des formations au niveau des intervenants. Mais on
14 a fait quelques formations auprès des juges aussi
15 qui nous ont demandé et donc, on a pu... toutes les
16 théories, toutes les... toute cette
17 conceptualisation de l'attachement, on a pu la
18 transmettre et on a eu, je pense, on avait eu des
19 résultats.

20 Quand j'ai lu dans les journaux ce qui
21 s'était passé autour de cette petite fille, c'est
22 pourquoi cette Commission existe, les quelques
23 éléments d'informations laissaient entendre que
24 l'enfant avait été retournée trois fois chez son
25 père, alors qu'elle avait été élevée par sa grand-

1 mère. Je vous balise tantôt... c'est sûr que quand
2 on parle de familles d'accueil, très souvent c'est
3 la famille élargie. Et c'est sûr que c'est là,
4 l'impression que j'ai eue de cette pauvre petite
5 fille, c'est que sans doute elle s'était très
6 attachée à cette grande-mère et qu'elle avait été
7 séparée plusieurs fois et qu'elle était devenue,
8 sans doute, une enfant très difficile. Et que très
9 malheureusement, ça a très mal fini.

10 Mais les juges, qu'est-ce qui s'est passé
11 depuis dix (10) ans? Est-ce qu'ils sont allés
12 relire la jurisprudence dans un certain nombre de
13 cas où, je pense, on était... je pense qu'on avait
14 tous les trois, docteurs Jeliu, Fortin et moi, une
15 impression que nos idées étaient transmises, elles
16 étaient de plus en plus acceptées. Les
17 intervenants, sans aucun doute, parce que la
18 quantité d'intervenants que... vous voyez qu'on a
19 vu cinq cents (500) familles sur une période de dix
20 (10) ans, c'est considérable vous savez.

21 Et ça veut dire que le besoin était là, le
22 besoin, et on répondait à un besoin qui était senti
23 et ressenti par des gens qui travaillent dans le
24 quotidien, qui travaillaient dans le quotidien
25 souvent depuis plusieurs années avec ces familles-

1 là. Donc, où ça en est maintenant? Il y a toutes
2 les chances que le besoin est toujours là.

3 Q. **[28]** Merci beaucoup.

4 LA PRÉSIDENTE :

5 Alors on a le temps pour une dernière question avec
6 Danielle Tremblay.

7 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

8 Q. **[29]** Bonjour, Docteur Gauthier, bonjour, Docteure
9 Jeliu.

10 Dr YVON GAUTHIER :

11 R. Bonjour.

12 Q. **[30]** Vous avez parlé comme il est primordial de
13 tenir compte de l'attachement sécure sur le devenir
14 d'un enfant, hein, puis sur toute l'influence que
15 ça a sur sa trajectoire de vie. Quelles seraient
16 les meilleures stratégies, les meilleures
17 orientations qu'on pourrait développer pour assurer
18 cette permanence-là qui est si essentielle aux
19 enfants? Qu'est-ce que vous pourriez nous
20 recommander pour faire en sorte de garantir aux
21 enfants cette stabilité-là qui leur est nécessaire
22 pour développer cet attachement sécure qui va les
23 modeler finalement tout le reste de leur vie?

24 R. Bon, écoutez, je suis content que vous posiez la
25 question là. Parce qu'il y a tout un aspect de tout

1 ce qu'on appelle l'attachement qui est aussi très
2 important, parce que les familles d'accueil puis
3 les centres d'accueil, puis les enfants qui sont...
4 qui sont rendus en placement, c'est les enfants
5 chez qui ça n'a pas marché cette affaire-là, hein.
6 C'est sûr qu'il s'est passé des choses graves pour
7 qu'on dise : « Cet enfant-là, il ne peut pas rester
8 là. » Mais dans les familles, écoutez, il y a quand
9 même beaucoup, beaucoup, beaucoup d'enfants qui
10 vont bien, puis qui se développent bien. Ça veut
11 dire que dans les familles il se passe des choses
12 tout à fait normales, les parents... les enfants,
13 ils naissent bien, l'attachement il se met en place
14 rapidement, parce que les parents qui les voulaient
15 ces enfants-là puis qui sont capables de.

16 Maintenant, il y a... il y a ce qu'on
17 appelle les familles à risque et les familles à
18 haut risque, c'est quoi? Je relisais ce matin notre
19 ami Camil Bouchard qui est venu vous voir hier, si
20 je comprends, et à un certain moment il parle de
21 pauvreté, de précarité. C'est comment on... on se
22 sensibilise à ça, c'est qui qui le fait, et c'est
23 probablement au niveau des CLSC surtout, au niveau
24 des médecins de première ligne, les médecins de
25 médecine générale. En tout cas, il y a des signes,

1 et c'est ça qu'il faut essayer de... Il y a un
2 texte que je vous ai fait remettre, un texte que
3 j'ai écrit en deux mille onze (2011) et qui est :
4 est-ce qu'on peut combler le fossé entre la
5 recherche et la clinique dans le domaine de
6 l'attachement? Je l'ai relu, puis je me suis...
7 j'ai tout lu ça, j'ai tout écrit ça, c'est parce
8 que j'ai fait une revue de toutes les recherches à
9 partir de la théorie d'attachement sur comment
10 aider les familles en particulier à haut risque
11 durant les premières années à développer leurs
12 capacités, leurs capacités relationnelles par
13 rapport à l'enfant.

14 Et ces recherches-là montrent que quand on
15 met le temps, quand les professionnels mettent le
16 temps, on peut développer chez les parents, parce
17 que les parents à très haut risque, c'est ceux-là
18 aussi que je disais sont très... si eux ont été
19 élevés dans les familles maltraitantes,
20 négligentes, c'est eux les plus difficile à aider.
21 Mais les familles qui sont aussi la pauvreté, la
22 précarité, le logement, difficulté d'avoir des
23 garderies, et caetera, c'est ces familles-là où
24 peut-être, si on peut mettre en place des... des
25 équipes qui vont travailler avec eux pour

1 développer leurs capacités. Et là je veux dire
2 quelque chose qui est vraiment... d'abord lui a
3 trouvé dans les recherches, et puis c'est mon
4 expérience personnelle. Le plus important dans le
5 développement de cette capacité chez un parent de
6 développer cette capacité relationnelle, c'est que
7 si un professionnel, c'est la continuité des
8 professionnels. Je pense qu'on vit dans un... dans
9 un monde où il y a un manque de ressources, puis ça
10 fait que ce n'est jamais la même personne qui
11 vient. Ce n'est jamais le même professionnel qui
12 est là, enfin ça change beaucoup.

13 Et alors que ce que les recherches nous
14 montrent, c'est que qu'est-ce qui fait que
15 quelqu'un, qu'une mère va développer ces capacités?
16 Si elle peut développer un sentiment de confiance
17 dans la personne qui vient l'aider et que c'est ça
18 qui va l'aider, elle, à développer chez son enfant
19 ce sentiment de confiance et qui conduit à la
20 sécurité. Alors vous voyez, il y a des éléments
21 très, très... c'est au fond, c'est toujours la même
22 chose, c'est-à-dire que qu'est-ce qui fait qu'on va
23 bien? Qu'est-ce qui fait qu'un enfant va bien?
24 C'est qu'il se sent en confiance dans la personne
25 qui s'occupe de lui. Et est-ce qu'on peut essayer

1 de développer ça chez des gens qui ont... qui n'ont
2 pas ça en partant? Oui, on peut le faire, c'est ça
3 que les recherches nous montrent. Oui, on peut
4 avoir des résultats extrêmement intéressants...

5 Q. **[31]** Hum, hum.

6 R. ... si on y met le temps et quelle que soit la
7 méthode qu'on utilise, semble-t-il, les visites à
8 domicile, en particulier, sont souvent très,
9 très... très, très importantes.

10 LA PRÉSIDENTE :

11 Alors, j'avais dit une dernière question, mais il
12 restait une question d'André Lebon avant de
13 terminer.

14 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

15 Q. **[32]** Bonjour. Puis merci de nous rappeler
16 l'importance du développement de l'enfant puis de
17 l'attachement comme étant le coeur des décisions
18 qui doivent être prises dans l'intérêt de l'enfant,
19 vous nous rappelez ces réalités-là. Vous avez aussi
20 mentionné, vous venez de le faire là, les éléments
21 de continuité et de stabilité auprès de l'enfant
22 qui sont nécessaires, pas juste au plan parental
23 mais au plan de l'intervention, puis vous déplorez
24 le fait que ça se multiplie. On avait discuté il y
25 a quelques années, on réfléchissait collectivement,

1 puis vous étiez allé rencontrer docteure Jeliu avec
2 Camil Bouchard, la table des DPJ parce que nos
3 réflexions portaient sur le fait qu'on mettait
4 beaucoup plus d'emphase sur la sécurité que sur les
5 enjeux de développement. On était allé dire : quand
6 vous vous préoccupez de la sécurité, vous pouvez
7 retirer un enfant qui est dans un contexte familial
8 de grande négligence, et caetera, c'est bien de
9 protéger l'enfant, mais il faut le faire sous
10 l'angle du développement. Parce que sinon, on va le
11 placer, déplacer et redéplacer en pensant qu'on le
12 protège, mais on ne s'attarde pas à son
13 développement.

14 Alors j'aimerais ça que vous nous parliez
15 de ça, parce que cet... quand vous nous rappelez
16 l'importance de la stabilité, je dirais qu'à sa
17 face même, une multiplicité de déplacements, ça va
18 à l'encontre de l'intérêt de l'enfant, est-ce que
19 vous seriez aussi affirmatif ou je disjoncte un
20 peu?

21 Dr YVON GAUTHIER :

22 R. Je pense que c'est, justement, c'est l'observation,
23 Monsieur Lebon, que j'ai faite presque au tout
24 départ de mon implication avec ces enfants-là,
25 c'est de trouver que cet enfant-là, il avait quatre

1 ans, cinq ans, puis qui était hospitalisé et puis
2 qu'il allait bien mal dans tout, les retards, le
3 développement, l'agressivité, hyperactivité, et
4 caetera. Il avait été déjà séparé, déplacé trois ou
5 quatre fois, comme si... comme si c'était correct,
6 comme si c'était normal, mais c'est évident que
7 c'est ça qui ne tient pas debout. C'est sûr que
8 quand on pense qu'il faut déplacer un enfant pour
9 une première fois, c'est sûr que c'est une décision
10 majeure. Des fois c'est très simple, parce que
11 c'est évident que ça n'a pas de sens que l'enfant
12 reste là.

13 Mais si on pense qu'il peut rester là,
14 c'est sûr qu'il faut d'abord travailler, il faut
15 sûrement éviter un premier déplacement si on pense
16 que l'enfant il peut quand même rester là, puis
17 qu'il est quand même pas en danger véritablement.
18 Mais une fois, si on fait ce premier déplacement,
19 il faut penser qu'il faudrait s'assurer que dans
20 trois mois, il n'ira pas dans une autre place,
21 qu'il ait déjà une certaine... une certaine
22 stabilité dans cette décision qu'on vient de
23 prendre. Parce qu'un enfant de, vous savez, huit,
24 neuf mois, un an, un et demi là, c'est là que ça se
25 passe, c'est déjà là, ou bien il est attaché, ou

1 bien il n'est pas attaché. S'il n'est pas attaché
2 du tout, ça veut dire que ça va bien mal. S'il n'a
3 pas les premiers signes de développement, le
4 sourire, un commencement de marche, un commencement
5 de langage, si ça ce n'est pas là du tout, ça veut
6 dire que cet enfant-là, là, il est déjà dans un
7 milieu qui n'a pas d'allure, vous comprenez. On a
8 déjà les premiers signes au point de vue du
9 développement.

10 C'est sûr que les pédiatres ici là
11 connaissent ça encore beaucoup mieux que moi parce
12 qu'ils ont été, toute leur pratique était autour de
13 ça. Mais moi, j'ai eu des enfants puis j'en ai
14 quand même vu pas mal, puis c'est sûr que c'est
15 autour de ces âges-là, là, huit mois, neuf mois,
16 quinze (15), dix-huit (18) mois, c'est une période
17 extrêmement sensible et c'est un premier
18 déplacement déjà qui est un déplacement majeur si
19 c'est une famille qui a du bon sens. Maintenant, si
20 on a justement des signes que cet enfant-là, il ne
21 va pas bien du tout, puis qu'il faut le déplacer,
22 mais il faut penser déjà à la... qu'il faut... il
23 ne faudra pas le déplacer trois mois après.

24 LA PRÉSIDENTE :

25 Q. [33] Alors, l'heure est déjà passée que nous avons

1 ensemble. Merci infiniment, Docteur Gauthier,
2 Docteure Jeliu, de nous avoir fait profiter de
3 toute votre expérience, de vos recherches, de votre
4 expertise. Merci infiniment et c'est... on vous
5 aurait écoutés encore longtemps. Mais je veux
6 surtout vous dire de ne pas oublier, vous avez fait
7 référence à certains textes et je ne suis pas
8 certaine que nous les ayons tous ces textes-là,
9 donc la greffière va être avec vous pour s'assurer
10 qu'on ait les textes auxquels vous avez fait
11 référence au niveau de la Commission.

12 Dr YVON GAUTHIER :

13 R. Oui.

14 Q. **[34]** Ça va?

15 R. Oui.

16 Q. **[35]** Merci infiniment. Bonne fin de journée. Merci
17 beaucoup.

18 R. Merci.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Alors nous allons...

21 Dr YVON GAUTHIER :

22 R. Merci, merci.

23 LA PRÉSIDENTE :

24 Pardon, pardon, pardon, excusez-moi, excusez-moi.

25 Est-ce que vous vouliez intervenir, Docteure Jeliu?

1 Dre GLORIA JELIU :

2 Volontiers.

3 LA PRÉSIDENTE :

4 Oui. Alors on vous écoute, s'il vous plaît, juste
5 ouvrir son micro. Merci.

6 Dre GLORIA JELIU :

7 R. Alors est-ce que ça fonctionne le micro? Non?

8 VOIX NON IDENTIFIÉE :

9 Oui.

10 Dre GLORIA JELIU :

11 Très bien. Alors, je voudrais tout d'abord
12 remercier la Commission d'avoir organisé cette
13 rencontre qui, pour moi, est particulièrement
14 précieuse, c'est une rencontre de réminiscence
15 historique. La rencontre m'a permis non seulement
16 de réécouter avec plaisir le docteur Gauthier, mais
17 de revenir mentalement dans ces années cruciales du
18 début de la protection de l'enfance à la... dans la
19 province de Québec.

20 Je me souviens personnellement de l'élément
21 charnière dans le temps qui se situe en dix-neuf...
22 pour moi, en dix-neuf cent soixante-douze (1972)
23 lorsque Ray Helfer, Ray Helfer était l'assistant de
24 Henry Kempe que vous connaissez, bien sûr, tous,
25 Henry Kempe qui a été le premier pédiatre à

1 dévoiler, si l'on peut dire, les horreurs sous-
2 jacentes à la protection de l'enfance. Depuis dix-
3 neuf cent soixante-douze (1972), progressivement,
4 avec quelques collègues et résidents de l'Hôpital
5 Sainte-Justine, nous avons commencé à sensibiliser
6 le corps médical à la réalité de non seulement de
7 la protection, mais surtout à la réalité de la
8 maltraitance.

9 Nous avons... nous nous sommes balladés,
10 passez-moi l'expression, dans toute la province de
11 Québec pour sensibiliser le corps médical à cette
12 réalité qui était, pour ainsi dire, passée sous
13 silence ou complètement ignorée ou mise de côté
14 comme étant, disons, des... des éléments non pas
15 cruciaux de la vie de l'enfant mais des éléments
16 anecdotiques.

17 Tout ceci pour dire que j'ai donc vécu le
18 début de la protection de l'enfance, le début de la
19 Loi 24 qui a été la première loi, bien sûr que vous
20 le savez, la première loi de protection de
21 l'enfance et qui a fait des petits, qui a subi de
22 nombreuses modifications, altérations et
23 améliorations. J'imagine qu'aujourd'hui, la
24 protection de l'enfance est devenue un monde plus
25 familier à un grand nombre de professionnels et

1 ceci est non seulement souhaitable mais heureux que
2 ceci se soit développé de cette manière-là.

3 Je remercierais plus particulièrement
4 docteur Gauthier aujourd'hui de nous avoir ramenés
5 dans cette période où ses interventions ont permis
6 aux pédiatres du temps dont j'étais... dont je suis
7 et de je ne suis plus puisque je suis à la
8 retraite, qui ont, interventions qui ont permis aux
9 pédiatres du temps d'ajouter à leur formation
10 clinique un élément essentiel au développement de
11 l'enfant qui est la qualité du milieu de vie pour
12 la qualité de ce même développement. Et je pense
13 que cette intervention ou ce point tournant dans
14 l'évolution de la pédiatrie québécoise est
15 probablement relié à cette période où la protection
16 de l'enfance est devenue une réalité
17 incontournable.

18 Ceci étant dit, ceci étant dit, je pense
19 que j'enfonce des portes ouvertes avec ce petit
20 discours qui n'a rien de bien, bien original. Je
21 voudrais cependant évoquer quelque chose d'autre
22 qui me... qui me non pas chagrine, mais qui me
23 turlupine, passez-moi le côté vernaculaire du mot.
24 Jusqu'à quel point, jusqu'à quel point la qualité
25 de l'attachement et l'importance des premières

1 années de vie se reflètent-elles vraiment dans la
2 constitution d'un adulte d'aujourd'hui? Je ne le
3 sais pas. Probablement que oui. Mais les travaux
4 mettant en parallèle ou en lien la qualité de
5 l'élevage, passez-moi encore cette expression, la
6 qualité de l'élevage pendant les premières années
7 de vie et la qualité d'un individu adulte, ces
8 liens sont ténus et se retrouveront, bien sûr, dans
9 la littérature, se retrouveront aussi dans la
10 clinique médicale, mais je pense que ce lien entre
11 ce que nous avons vécu comme enfant et ce que nous
12 sommes aujourd'hui n'est pas complètement élucidé.

13 Il existe certes des exemples dans la
14 littérature, dans nos propres souvenirs et dans nos
15 propres expériences, il existe un lien entre ce que
16 nous avons vécu comme enfance et ce que nous sommes
17 aujourd'hui. Mais comment dirais-je? Il est
18 difficile à suivre le cheminement entre ce que nous
19 avons vécu comme enfance, que ce soit disons une
20 enfance particulièrement choyée ou au contraire,
21 une enfance plus ou moins négligée et jusqu'à quel
22 point cela ou ce que nous avons tous vécu,
23 contribue ou contribue encore à ce que nous sommes
24 aujourd'hui et ce que nous serons, j'espère,
25 demain. Et j'arrêteraï ici, et je voudrais

1 remercier docteur Gauthier et la Commission d'avoir
2 organisé cette réunion et de nous avoir rappelé
3 l'importance, l'importance cruciale, inamovible de
4 l'attachement dans la constitution de l'être
5 humain. Voilà! Merci beaucoup à la Commission.

6 LA PRÉSIDENTE :

7 Docteure Jeliu, c'est à nous de vous remercier.
8 Bien sûr, la Commission, on pose le diagnostic
9 aujourd'hui, on doit proposer des solutions pour
10 l'avenir. Mais pour faire tout ça, vous le savez
11 mieux que moi, il faut savoir d'où on vient. Alors
12 vous deux, vous nous avez permis de, vous avez fait
13 référence à réminiscence, vous avez permis de
14 partager ce moment-là et de partager votre vie,
15 finalement, vous avez eu cette générosité-là. Je
16 vous remercie encore et je vous souhaite bonne fin
17 de journée, et prenez soin de vous surtout.

18 Dre GLORIA JELIU :

19 L'avenir est à vous.

20 LA PRÉSIDENTE :

21 À nos enfants. À nos enfants. À nos enfants. Merci.
22 Alors, nous allons prendre quinze minutes (15 min)
23 de pause et on revient après avec le prochain
24 témoin. Merci.

25 SUSPENSION DE L'AUDIENCE

1 REPRISE DE L'AUDIENCE

2

3 LA PRÉSIDENTE :

4 Merci. Alors nous recevons maintenant madame
5 Isabelle Simard. Vous êtes directrice des services
6 multidisciplinaires au CIUSSS de la Capitale-
7 Nationale, ainsi que monsieur Pierre-Paul Milette,
8 qui est directeur des services multidisciplinaires
9 au CIUSSS, Centre-Sud de Montréal. Bienvenue.

10 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

11 Merci.

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Et votre témoignage à vous deux devrait notamment
14 traiter de la gouvernance clinique et des moyens à
15 mettre en place et mis en place pour assurer la
16 qualité des services. Avant de vous laisser la
17 parole, on a une heure (1 h) ensemble, on vous
18 avait suggéré une quinzaine de minutes de
19 présentation et ensuite des échanges. Comme je vous
20 disais, avant de vous laisser la parole je vais
21 demander au greffier de vous assermenter s'il vous
22 plaît.

23

24 CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE ET DU CENTRE-SUD DE
25 MONTRÉAL

1 **ISABELLE SIMARD,**

2 **JEAN-PAUL MILETTE,**

3 (Sous serment)

4

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Voilà, la parole est à vous.

7 Mme ISABELLE SIMARD :

8 Merci. Bonjour, Madame la Présidente, Membres de la
9 Commission. Nous vous remercions de cette
10 invitation à échanger sur les éléments importants à
11 considérer selon notre point de vue, afin que les
12 CISSS et les CIUSSS et plus précisément les
13 directions des services multidisciplinaires - si
14 vous permettez, dans la suite on abrégera
15 probablement par DSM - donc, puissent contribuer
16 significativement à l'amélioration de la protection
17 et du respect des droits des enfants au Québec.

18 On tient à préciser que notre point de vue
19 c'est celui des DSM ayant une désignation
20 universitaire en jeunesse. Bien que nos propos
21 s'appuient sur une offre de service national
22 élaborée avec l'ensemble des DSM du Québec, les
23 propos aujourd'hui n'ont pas été partagés dans leur
24 entièreté avec... donc, on est à ce titre-là
25 aujourd'hui.

1 On considère la création des CISSS et des
2 CIUSSS en deux mille quinze (2015) comme une
3 opportunité pour avancer dans l'intégration des
4 soins et services au bénéfice de la population.
5 Dans le fond, les anciennes missions
6 d'établissement qui sont maintenant regroupées
7 administrativement et cliniquement sous un même
8 toit peut favoriser une meilleure concertation, une
9 meilleure fluidité d'entre les directions DPJ
10 jeunesse, mais également les autres directions qui
11 dispensent des services à la clientèle des enfants
12 et des jeunes.

13 On peut aussi viser une meilleure atteinte
14 de nos résultats en lien avec l'amélioration de
15 l'accès, de la qualité puis de la continuité des
16 soins et des services. Les DSM, à l'instar des
17 directions de soins infirmiers et des directions de
18 service professionnel, sont donc apparues dans la
19 réforme de deux mille quinze (2015), d'où notre
20 levier positif qu'on veut présenter aujourd'hui.

21 On s'associe donc aux directions de
22 programme des établissements dans une perspective
23 transversale interdirection, interprogramme, inter
24 établissement, mais aussi intersectoriel. Donc, les
25 DSM ont un rôle à jouer au niveau des pratiques

1 cliniques professionnelles dans l'ensemble des
2 programmes, services, donc on a une vision
3 transversale. Et cette vision-là, elle est axée non
4 pas dans une vision de service par service, mais
5 beaucoup axée sur le parcours de la personne et de
6 ses proches.

7 On a une occasion réelle de favoriser une
8 gestion intégrée des offres de soins et services et
9 éviter de poursuivre une gestion exclusivement par
10 programme clientèle, souvent qualifiée de « gestion
11 en silo », qui a clairement démontré certaines
12 limites.

13 On a fait des efforts soutenus dans les
14 dernières années, la réforme a créé une perte de
15 repères, il faut le reconnaître. Il y a eu des
16 gains, mais aussi des pertes. C'est donc requis de
17 poursuivre nos actions pour renforcer la
18 complémentarité puis l'optimisation des rôles des
19 différentes directions des partenaires concernés
20 par la qualité et la sécurité des soins et services
21 et surtout incluant le développement des pratiques
22 cliniques.

23 Dans le fond, notre propos, pour nous c'est
24 une offre de service. Les DSM font une offre de
25 service qui a pour objectif de soutenir le

1 développement des compétences des intervenants, de
2 soutenir leur engagement à dispenser des soins de
3 qualité et sécuritaires. Et pour ce faire, on
4 souhaite s'assurer qu'ils utilisent leur champ
5 d'exercice, leurs compétences à bon escient dans la
6 trajectoire, qu'on leur offre les outils cliniques,
7 qu'on harmonise les pratiques, qu'on donne... on
8 offre, dans le fond, des balises qui leur
9 permettent de réaliser leur travail et également
10 qu'on leur donne la formation nécessaire et
11 surtout, le temps d'appropriation nécessaire à
12 l'acquisition de ces connaissances-là et le soutien
13 clinique approprié.

14 Donc, plus précisément, les DSM peuvent
15 contribuer à des actions concrètes liées à
16 l'identification des compétences requises
17 dispensées et des activités cliniques dans les
18 offres de service, soutenir le développement des
19 compétences avec l'élaboration des contenus de
20 formation, l'élaboration de normes, de standards,
21 de guides qui soutiennent la pratique clinique, de
22 même que le soutien à l'appropriation par la mise
23 en place de structures et de modalités de soutien
24 clinique qui vont être adaptées au contexte de
25 pratique et variées.

1 Donc, à titre de DSM ayant une désignation
2 universitaire en jeunesse octroyée par le
3 Ministère, on a... on doit collaborer avec
4 l'ensemble des DSM du Québec, également l'INESSS,
5 les instances professionnelles, particulièrement le
6 Conseil multidisciplinaire, ainsi que les ordres
7 professionnels.

8 On base aussi nos propos sur le fait que
9 les pratiques cliniques en jeunesse et en
10 protection de la jeunesse doivent accorder une
11 place centrale au parcours de vie de l'enfant, du
12 jeune et de sa famille. De s'assurer que les
13 transitions de service se fassent sans nuire à la
14 sécurité, à la santé et au bien-être de l'enfant,
15 du jeune et de sa famille. De mettre en commun des
16 connaissances, des expertises pour atteindre des
17 objectifs d'équipe. Actualiser la complémentarité
18 et encourager l'agilité et la créativité. Utiliser
19 à bon escient le champ d'exercice des intervenants,
20 des professionnels. Puis miser sur une
21 collaboration interprofessionnelle,
22 intersectorielle. On dit dans les portes d'entrée
23 aussi du système de santé et de services sociaux.

24 Au coeur de cette réforme-là, on est tous
25 invités, là, comme partenaires, à accentuer

1 significativement nos concertations, nos liens de
2 collaboration. Il faut assurer une réponse qui est
3 globale, qui est intégrée aux besoins multiples et
4 complexes de la population d'un territoire en
5 particulier. Il faut avoir une approche qui est
6 dans une logique de proximité.

7 Pour y arriver, on pense qu'on doit se
8 doter prioritairement dans les services de
9 proximité d'équipes collaboratives
10 interprofessionnelles et qui sont soutenues par les
11 intervenants de la Protection de la jeunesse, qui
12 ont une expertise. Donc, on mise sur un partage de
13 savoirs, d'expériences, de soutien pour être en
14 amont puis agir précocement pour éviter des prises
15 en charge par la Protection de la jeunesse.

16 Afin de renforcer la composition des
17 équipes cliniques qui soutiennent les enfants et
18 les jeunes vulnérables, les DSM, dans leur rôle,
19 soutiennent les directions de programme dans
20 l'identification des compétences qui sont requises
21 en fonction des activités cliniques pertinentes. Et
22 cette manière de procéder permet d'identifier le
23 niveau de compétence et d'expertise nécessaire et
24 de miser sur la complémentarité des champs
25 d'exercice des professionnels, des intervenants. Et

1 on doit, dans le fond, soutenir le bon
2 professionnel au bon moment pour le bon service.

3 Également, conformément à notre rôle, nos
4 responsabilités, les DSM des établissements
5 soutiennent une vision qui est transversale des
6 pratiques, on l'a mentionné. On doit donc agir sur
7 les pratiques transversales, par exemple : les
8 fugues, la prévention du suicide, la négligence.
9 Quand on développe les pratiques cliniques, on doit
10 à la fois tenir compte du champ d'exercice du
11 professionnel, mais de la clientèle à laquelle ça
12 s'adresse et également dans le contexte dans lequel
13 elle s'exerce. Donc, c'est dans ce sens-là où on
14 peut avoir une valeur ajoutée dans le soutien aux
15 pratiques transversales.

16 L'actualisation et le respect des normes
17 qui sont dictées par les ordres professionnels au
18 contexte de pratique à une clientèle relèvent aussi
19 de la responsabilité des DSM. On a un rôle de vigie
20 par rapport aux écarts de pratique professionnelle.
21 On ne se substitue pas aux ordres professionnels.
22 On est complémentaire. On est complémentaire en ce
23 sens où les exigences liées à l'exercice d'une
24 profession, selon les ordres, nous, on apporte un
25 regard lié au contexte de pratique, à la clientèle

1 à laquelle ça s'adresse. Donc, c'est dans ce sens-
2 là où on a un rôle de vigie dans l'application de
3 ces normes et standards.

4 Les DSM, on assure également un soutien à
5 l'identification, à l'élaboration des contenus de
6 formation pour assurer le niveau de compétence
7 requis pour garantir la qualité et la sécurité des
8 services. Et surtout la formation, mais on veut
9 insister sur l'appropriation et l'application pour
10 les intervenants, les professionnels de ces
11 contenus de formation-là, des standards, des
12 outils. On est d'avis qu'il faut réviser en
13 profondeur ou, en tout cas, miser sur ce qu'il y
14 avait, mais enrichir les manières de faire en
15 matière d'encadrement et de soutien clinique.

16 Ça nous apparaît un élément clé. Et il est
17 primordial qu'on renforce la confiance des
18 intervenants et des professionnels dans leur
19 capacité d'intervenir et de soutenir adéquatement
20 la clientèle jeunesse vulnérable et celle sous la
21 Protection de la jeunesse.

22 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

23 R. Alors, nous misons sur les principes que les
24 intervenants et les professionnels ont les
25 compétences requises pour exercer conformément à

1 leur titre d'emploi et à leur profession ou leur
2 discipline. Ils doivent ensuite acquérir des
3 savoirs d'expérience en lien avec les clientèles
4 spécifiques et dans les contextes de pratique
5 distinctifs.

6 Tout au long de leur parcours
7 professionnel, ils doivent être en mesure de
8 bénéficier du soutien clinique leur étant destiné
9 afin qu'ils renforcent leurs compétences et
10 développent leurs champs d'expertise. Il faut
11 éviter que ce soutien clinique serve uniquement à
12 des fins de contrôle, mais qu'il contribue à des
13 fins de qualité des interventions qu'ils adressent.

14 En plus de cibler des indicateurs
15 d'efficience et de productivité visant à quantifier
16 le volume et l'intensité des différents programmes,
17 des indicateurs ciblant aussi les effets des
18 activités cliniques sur la qualité de vie des
19 enfants, des jeunes et de leur famille pourraient
20 mobiliser davantage les équipes cliniques à
21 investir dans ce qui compte réellement pour la
22 clientèle. Et nous y travaillons déjà. Par exemple
23 par des analyses prospectives et des cas traceurs.

24 L'enjeu de l'appropriation et de
25 l'application des nouvelles connaissances acquises

1 ajoute une pression au personnel clinique qui se
2 trouve constamment en ajustement sans disposer de
3 conditions favorables au développement de ses
4 compétences et de son expertise. En ce sens, la
5 formation, les activités de transfert de
6 connaissances pour acquérir des connaissances,
7 apprendre de nouvelles approches et s'appropriier
8 des outils cliniques, ainsi que la diverse modalité
9 de soutien clinique qui ne doivent pas être offerts
10 simultanément et en cohérence auprès des
11 intervenants et professionnels.

12 Ce soutien doit s'inscrire et être reçu
13 comme un levier de renforcement des compétences et
14 du développement d'expertises. Le défi consiste
15 donc à configurer les différentes actions de
16 soutien aux activités professionnelles et cliniques
17 dans un tout cohérent qui fait du sens pour les
18 intervenants et les professionnels. Ce sont des
19 conditions essentielles pour favoriser une réelle
20 appropriation et utilisation des connaissances dans
21 les pratiques quotidiennes des équipes.

22 Ainsi, il nous apparaît nécessaire que les
23 établissements se dotent d'une nouvelle structure
24 de soutien clinique complémentaires à l'encadrement
25 clinico-administratif assuré par le gestionnaire de

1 proximité et par des professionnels identifiés en
2 soutien au gestionnaire. Ces professionnels en
3 responsabilité de soutien clinique doivent être
4 mobilisés afin qu'ils favorisent chez les
5 intervenants et les professionnels la
6 responsabilisation, l'autonomie et l'imputabilité
7 professionnelle ou disciplinaire. Ce rôle est
8 nettement différent de celui implanté jusqu'à
9 présent au sein des établissements du réseau de la
10 santé et services sociaux.

11 Une offre de services des DSM au Québec a
12 été élaborée et déposée au ministère de la Santé et
13 des Services sociaux. Pour actualiser les rôles et
14 responsabilités attendus des DSM, il s'avère
15 essentiel que les directeurs des services
16 multidisciplinaires siègent à une table nationale
17 régulièrement et qu'ils soient mandatés pour des
18 contributions identifiées comme étant prioritaires
19 par les multiples partenaires concernés par
20 l'amélioration de la protection et du respect des
21 droits des enfants au Québec.

22 L'optimisation de la complémentarité des
23 rôles des différents partenaires concernés par la
24 qualité et la sécurité des soins et services doit,
25 selon nous, miser sur la structure du système mis

1 de l'avant dans la Loi 10 en maximisant la synergie
2 entre les partenaires afin d'actualiser une vision
3 contemporaine qui implique nécessairement un
4 ajustement pour mieux répondre aux besoins. Dans
5 cet esprit, nous sommes d'avis qu'un arrimage doit
6 être assuré au sein des différentes instances
7 provinciales afin que les DSM puissent participer
8 et contribuer plus efficacement et activement aux
9 orientations et aux efforts à privilégier en
10 matière de développement clinique et professionnel.

11 Au plan du développement des compétences
12 professionnelles, les DSM sont des partenaires de
13 premier plan pour les institutions d'enseignement,
14 qu'ils préparent la relève dont on nécessite
15 grandement dans le réseau actuellement où la
16 pénurie de personnel se fait cruellement sentir
17 dans l'ensemble des contextes de pratique. La
18 collaboration étroite avec les directions des
19 ressources humaines est également mise de l'avant
20 pour répondre aux besoins de développement de
21 compétence, de rehaussement ou d'ajustement au plan
22 clinique et professionnel, et ce pour l'ensemble
23 des programmes clientèles d'un établissement.

24 Notons également la pertinence de confier
25 dès que possible aux DSM en collaboration avec

1 divers partenaires des mandats relevant de leur
2 expertise, soit le renouvellement des modèles
3 d'encadrement et de soutien clinique au sein des
4 établissements du réseau, la révision des normes et
5 des standards de pratique, le soutien au
6 développement du contenu de formation et aux
7 modalités d'appropriation incluant le soutien à
8 l'intégration des nouveaux employés.

9 Bref, nous invitons les membres de la
10 Commission Jeunesse à porter une attention
11 particulière au potentiel des nouvelles directions
12 de services multidisciplinaires qui ont été créées
13 lors de la Loi 10 du réseau de la santé et services
14 sociaux afin qu'elles assument un leadership au
15 bénéfice de tous, de partenariat, de collaboration,
16 de démarche et de processus de travail concerté
17 avec les multiples acteurs concernés par le
18 rehaussement des compétences et le développement
19 des pratiques cliniques qui doivent déployer les
20 équipes jeunesse.

21 Dans le contexte d'une offre de services
22 d'avant-garde qui a pour principe fondamental de
23 renforcer la confiance des intervenants, des
24 professionnels à intervenir de manière adéquate et
25 sécuritaire auprès des enfants et des jeunes, de

1 leur famille, qui nécessitent des services du
2 réseau, notamment ceux à risque de besoin de
3 protection ainsi que ceux déjà sous la Protection
4 de la jeunesse.

5 Nous remercions la Commission Jeunesse de
6 l'opportunité que vous nous avez offerte de vous
7 partager très humblement, mais assurément de
8 manière engagée nos réflexions et nos pistes
9 d'actions jugées prioritaires pour l'amélioration,
10 de la protection et du respect des droits des
11 enfants du Québec. Merci.

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Merci. On va débiter la période d'échanges avec
14 Jean-Marc Potvin.

15 M. JEAN-MARC POTVIN, commissaire :

16 Q. **[36]** Alors, Monsieur Milette, Madame Simard, je
17 vous remercie beaucoup de votre témoignage, d'avoir
18 pris le temps de préparer aussi un témoignage puis
19 de présenter votre vision tel que vous le faites.
20 Vous nous présentez une vision qui est dans le
21 cadre de la nouvelle gouvernance du réseau de la
22 santé et services sociaux où le leadership, en
23 réalité, sur la qualité des pratiques
24 professionnelles, sur le développement des
25 compétences, sur les normes et guides de pratique,

1 est un leadership plus de type professionnel avec
2 les ordres professionnels, avec les directions
3 professionnelles comme les directions de soins
4 infirmiers, directions de services professionnels
5 médicaux.

6 Et, là, vous nous présentez un modèle où
7 les DSM pourraient assumer un peu de la même
8 manière cet type de responsabilités-là. Le
9 leadership antérieur était plus un leadership
10 institutionnel sur la qualité des pratiques,
11 développement des compétences. Donc, il y a une
12 sorte de passage à faire. Vous nous décrivez la
13 vision derrière ça que vous avez.

14 Quel est l'écart entre la vision que vous
15 avez et ce qui se passe actuellement? Est-ce que
16 donc, actuellement, avant que cette vision-là soit
17 déployée, ou peut-être l'est-elle déjà en partie,
18 quel est l'état des lieux actuellement?

19 Mme ISABELLE SIMARD :

20 R. Bien, en fait, pour avoir occupé des fonctions
21 antérieurement en lien avec ce qu'on appelait les
22 DSP ... donc, on cumulait dans les anciens
23 établissements, centres jeunesse, les fonctions
24 liées au développement de la programmation, le lien
25 avec la recherche, le lien avec l'enseignement, le

1 lien avec le soutien clinique, l'appropriation.
2 Dans l'organisation actuelle, les responsabilités
3 sont réparties entre différentes directions. Donc,
4 il y a nécessairement un réajustement de rôles et
5 responsabilités. Et les DSM ont été investis, je
6 vais dire, inégalement dans nos établissements en
7 lien avec ces responsabilités-là.

8 Ayant une désignation universitaire en
9 jeunesse, on a quand même eu, je vais dire, la
10 chance que nos établissements reconnaissent le rôle
11 et responsabilités des DSM puis qu'on ait... dans
12 le fond qu'on ait des ressources puis qu'on ait un
13 rôle à l'intérieur de nos établissements, mais on
14 ne peut pas parler pour l'ensemble. Mais on pense
15 que notre rôle peut être investi davantage.

16 Et c'est sûr qu'on est bien placé pour, à
17 l'intérieur de nos établissements, refaire ces
18 ponts-là avec les directions qui portent les
19 responsabilités qui étaient antérieurement portées
20 par une seule et même direction à l'intérieur des
21 centres jeunesse, avec les gains, je pense, qu'on a
22 de transversalité, les gains qu'on a d'avoir la
23 Direction de la jeunesse, DPJ, sur un même
24 continuum aussi dans nos établissements, le gain
25 également de... Il faut miser... On avait des

1 acquis. On avait des bons cursus de formation. On
2 avait des outils, des guides de pratique.

3 Le défi qu'on avait, c'était de pouvoir
4 rejoindre aussi, je vais dire, la clientèle de
5 première ligne, on disait de première ligne, parce
6 qu'on avait cette... on a cette responsabilité-là
7 quand on a une désignation universitaire d'être en
8 soutien. Je pense que là, on a une opportunité de
9 renforcer puis de mettre ces contributions-là à
10 profit. Mais évidemment qu'on a besoin d'être
11 reconnu dans... On l'est déjà à un certain niveau.
12 Mais je pense qu'il y a une reconnaissance qu'on
13 souhaiterait également la contribution, avec la
14 contribution de nos conseils multidisciplinaires
15 qui sont très actifs dans notre...

16 Q. **[37]** En fait, si je pose la question, c'est qu'on
17 entend quand même qu'il y a un certain effritement,
18 par exemple, du développement des compétences, un
19 certain effritement sur la qualité des pratiques
20 professionnelles. Donc, un encadrement et un
21 soutien clinique qui s'est effrité aussi, peut-être
22 pas de façon égale dans toutes les régions du
23 Québec. Donc, c'est pour ça que je pose la question
24 sur l'état des lieux. Puis l'autre question qui est
25 en lien avec ça, c'est : est-ce que les directions

1 de services multidisciplinaires ont les moyens de
2 l'ambition que vous nous présentez?

3 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

4 R. En fait, il faut se rappeler que les directions de
5 services multidisciplinaires dans les
6 établissements lors de la création, on a pu
7 récupérer des ressources qui se retrouvaient dans
8 les différentes missions des établissements
9 auparavant. Et je vous dirais que, je pense que,
10 selon les établissements, ça s'est fait de façon à
11 géométrie variable. Il faut se dire aussi que, dans
12 les établissements auparavant, les DSP de l'époque
13 avaient sous leur responsabilité les pratiques
14 professionnelles, mais aussi l'enseignement, la
15 recherche, bien souvent avaient la responsabilité
16 de la gestion des risques et tout ça.

17 Donc, quand il y a eu la création de CIUSSS
18 ou des CISSS, il y a eu des directions
19 d'enseignement et de la recherche, des directions
20 de qualité, performance, qui ont été créées. Donc,
21 les ressources qui étaient sous les DSP auparavant
22 ont été réparties dans ces différentes directions.
23 Alors, c'est sûr que les DSM... Et certaines
24 missions avaient peu de ressources. Alors ce qui
25 fait que, quand on a créé les DSM, on a récupéré

1 les ressources qu'il y avait. Et donc, on a dû
2 offrir une offre de services à l'ensemble du CIUSSS
3 pour l'ensemble des missions et l'ensemble des
4 directions de programmes. Alors que ce soit des
5 DS-ADP, que ce soit SAPA, que ce soit Santé
6 mentale, et caetera.

7 C'est sûr qu'on a eu des ressources, mais
8 je vous dirais que c'est à géométrie très variable
9 au niveau du réseau de la santé et des services
10 sociaux pour vraiment avoir une offre de services
11 qui soit vraiment suffisamment étendue et qu'on
12 puisse avoir une offre de services qui soit
13 suffisamment de qualité pour l'ensemble des
14 missions. Mais je vous dirais qu'il y a une volonté
15 des directions des services multidisciplinaires à
16 faire en sorte qu'on soit présent dans les
17 directions de programmes.

18 Je vous donne un exemple. Dans notre
19 CIUSSS, on a des conseillers cadres qui participent
20 aux comités de gestion de l'ensemble de chacune des
21 directions de programmes et captent tous les
22 besoins qui sont là au niveau des pratiques
23 professionnelles. Puis on a des gens sur le terrain
24 aussi au niveau des pratiques professionnelles.

25 Alors, comme disait ma collègue, je pense

1 que, compte tenu que dans nos deux établissements,
2 nous avons des instituts universitaires en jeunesse
3 au Québec, on a été aussi privilégiés d'une
4 certaine façon compte tenu du groupe de personnes
5 qu'on a pu récupérer de ces établissements-là
6 préalable.

7 Mme ISABELLE SIMARD :

8 R. Peut-être que je pourrais compléter si vous
9 permettez avec... Je pense qu'on voit apparaître
10 également dans les budgets de développement qui
11 sont octroyés aux établissements, en lien avec
12 l'ajout de personnel pour dispenser des services,
13 on voit apparaître des budgets dans le cadre de
14 cette enveloppe-là dédiés au soutien. Et je pense
15 que, ça, c'est une avenue qui est prometteuse
16 puisque, quand on veut évidemment donner les
17 meilleurs services à la clientèle, mais pour
18 soutenir, les intervenants nous le disent, on a
19 besoin de soutien clinique, on a besoin de soutien
20 clinico-administratif aussi pour mieux investir
21 auprès de la clientèle. Donc, les budgets
22 d'investissement, de tenir compte également des
23 directions soutien dans l'équivalent, je vais dire,
24 dans un pourcentage X, c'est une avenue aussi qui
25 permettrait aux directions comme les nôtres aussi

1 de venir... Et ça se fait déjà.

2 Q. **[38]** Alors, les budgets de développement peuvent
3 aider. Mais je retiens quand même qu'il y a un
4 enjeu au niveau des ressources pour être capable de
5 réaliser les ambitions que vous avez. Je vous donne
6 un exemple. Une infirmière qui va travailler dans
7 un bloc opératoire, bien, il y a toute une
8 formation d'appoint, il y a une période...

9 R. Tout à fait.

10 Q. **[39]** ... d'accompagnement et d'orientation. Un
11 travailleur social qui s'en va travailler, par
12 exemple, pour évaluer des situations d'abus sexuels
13 ou un éducateur qui s'en va travailler dans des
14 contextes de trouble sévère d'attachement, on n'a
15 pas nécessairement la même capacité de soutenir la
16 mise à niveau des compétences.

17 J'ai aussi peut-être une autre question sur
18 le réalisme aussi de ça. Parce que, contrairement à
19 la direction de soins infirmiers qui est une seule
20 discipline, direction des services professionnels,
21 une seule discipline, la médecine, DSM, c'est tous
22 les programmes, c'est toutes les disciplines, c'est
23 des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des
24 éducateurs, des techniciens de laboratoire, et dans
25 tous les programmes. Bien sûr il y a un caractère

1 transversal. Mais il y a aussi des champs
2 d'intervention qui commandent des expertises aussi.
3 Estimez-vous -puis, là, ça pose la question des
4 moyens aussi- avoir cette capacité-là, le réalisme
5 du modèle que vous nous proposez?

6 Mme ISABELLE SIMARD :

7 R. Bien, si je peux me permettre. Dans le fond, on
8 mise sur notre rôle, mais dans le modèle de
9 structure d'encadrement clinique qu'on propose, on
10 mise sur un soutien de proximité. Les expertises se
11 trouvent dans les programmes. On doit donc soutenir
12 en proximité. Donc, le soutien clinique, il n'est
13 pas juste dans une direction à côté des programmes.
14 Il est d'abord et avant tout à proximité des
15 programmes, d'où l'expertise qu'on peut aller
16 chercher en lien avec les programmes et aussi
17 diversifier en lien avec les professionnels. Donc,
18 selon les programmes donc, en jeunesse, on va avoir
19 davantage de travail social, de psychoéducation, on
20 peut avoir de l'ergothérapie également, donc
21 dépendamment des programmes services.

22 Et, nous, on s'inscrit avec des
23 professionnels et des conseillers cadres en soutien
24 sur les balises, l'harmonisation et les processus.
25 Dans le fond ce qu'on fait, notre particularité, je

1 ne pense pas que c'est les DSM qui ont les réponses
2 d'expertise sur tous les volets. Mais on est les
3 experts de processus. Puis les personnes qui
4 offrent du soutien clinique, ça prend des
5 habilités, ça prend une perspective. Ça doit se
6 faire aussi dans un objectif de développement des
7 compétences de l'intervenant. Puis ce n'est pas
8 juste d'avoir une réponse à... Ça fait partie de la
9 réponse d'expertise ou à un besoin en particulier
10 pour un intervenant mais il doit être en soutien de
11 développement de compétences. Et, ça, c'est
12 l'expertise que, nous, on amène, donc dans le
13 coaching, je dirais, des personnes qui donnent le
14 soutien clinique en proximité.

15 Q. **[40]** Si je peux me permettre une dernière petite
16 question rapide. Vous avez parlé de l'importance de
17 la table des directeurs/directrices des services
18 multidisciplinaires. Est-ce que cette table-là
19 fonctionne?

20 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

21 R. Alors, depuis un an, il y a un moratoire au niveau
22 de la table des DSM. Il y a des travaux qui sont en
23 cours actuellement auprès de madame Jobin, auprès
24 aussi des directions dans... dans sa direction, au
25 niveau de la sous-ministre adjointe pour voir les

1 orientations qu'on va donner à cette table-là. Et
2 il y a des représentations qui vont être faites,
3 là, au prochain CGR en deux mille vingt (2020) sur
4 les orientations qui vont se donner. Madame Simard
5 et moi et d'autres collègues siègent actuellement à
6 un comité pour préparer justement la révision du
7 mandat de cette table-là. Et ça devrait être, on
8 l'espère, remis à l'agenda en deux mille vingt
9 (2020).

10 Q. **[41]** Merci beaucoup.

11 LA PRÉSIDENTE :

12 Merci beaucoup. On va poursuivre avec Danielle
13 Tremblay.

14 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

15 Q. **[42]** Bonjour, Madame Simard, Monsieur Milette. Je
16 vais poursuivre un petit peu dans la même veine. Ce
17 que j'entends, c'est qu'il y a un écart finalement
18 entre ce que vous voulez faire, votre offre de
19 services, et ce que vous êtes en mesure de faire
20 pour assurer, bon, la qualité des services, le
21 leadership clinique, le développement des
22 compétences, et caetera. Vous avez parlé de
23 nouveaux investissements pour améliorer le soutien.

24 J'entends aussi -bon, vous savez que notre
25 commission a commencé ses auditions depuis un

1 certain temps- un écart entre ce que vous souhaitez
2 et différents constats : l'augmentation des
3 signalements, les besoins de formation, de soutien
4 clinique, d'intégration à la pratique, et caetera,
5 l'accès aux services avec des délais d'attente
6 qui... on a eu plusieurs témoignages à cet effet-
7 là, l'éloignement des professionnels et... Vous
8 nous parliez de gestion de proximité. Ce qu'on
9 entend, nous, c'est, on sent que, depuis
10 l'installation des CISSS et des CIUSSS, la gestion
11 s'est éloignée du terrain, des charges de travail
12 très élevées.

13 Donc, comment vous pensez que vous allez
14 pouvoir en arriver à réaliser ce que vous souhaitez
15 réaliser avec les constats qu'on a entendus, là,
16 depuis qu'on est en audition, les mémoires qu'on a
17 reçus, et caetera? J'ai l'impression que vous nous
18 présentez une vision, mais que cette vision-là au
19 niveau de... Dans le fond, j'aimerais que vous nous
20 parliez de comment vous voyez qu'elle va atterrir
21 et vraiment se matérialiser sur le terrain.

22 Mme ISABELLE SIMARD :

23 R. Dans le fond, on est conscient des écarts. On ne
24 dit pas qu'il n'y en a pas. Ce qu'on dit, c'est
25 qu'on devrait investir les écarts en fonction de ce

1 qui est présent. Donc, nous, on dit, on a une offre
2 de services DSM en soutien développement des
3 compétences, on a un rôle, des responsabilités, et
4 on devrait considérer le rôle des DSM puis combler
5 puis identifier les écarts qu'il y a pour répondre.

6 On comprend que le niveau, ce qui manque,
7 c'est le soutien à l'appropriation. Entre autres,
8 c'est beaucoup ce besoin-là qui est là et dans le
9 soutien de proximité. On a donc, nous... Il y a des
10 projets puis des choses qu'on fait, qui sont
11 parfois peut-être à petite échelle, qui sont
12 transposables. Mais on pense que si on a les
13 moyens... D'abord, si on a une table nationale
14 également pour être en mesure... On parlait de
15 leadership tantôt, qui prend. Mais je pense qu'il
16 faut qu'on nous confie le leadership de ça. Il faut
17 qu'on soit légitimé de le faire, qu'on l'investisse
18 dans nos établissements. C'est une première chose.
19 Et également qu'on puisse avoir les moyens de
20 soutenir cette vision-là.

21 Maintenant, on fait déjà des choses dans ce
22 sens-là. Maintenant, est-ce que c'est... Ce n'est
23 pas encore parfait. On l'entend bien. Il y a eu des
24 perceptions de perte en lien avec ce qui était
25 existant avant. Il faut réinvestir. Il y a des

1 choses qui sont présentes, qui sont là. J'ai envie
2 de dire, les DSM peuvent jouer vraiment un rôle de
3 liant avec les équipes terrain, avec les programmes
4 services. Puis je pense qu'il faut investir ce
5 rôle-là.

6 Q. **[43]** Vous nous avez parlé tout à l'heure que
7 l'expertise, c'était le terrain qui le possédait
8 alors, qu'on entend beaucoup la perte d'expertise,
9 les gens qui... énorme roulement de personnel, de
10 gestionnaires, et caetera. Des gens qui se
11 retrouvent à des endroits qui ne correspondent pas
12 à leurs champs d'expertise qu'ils ont développés au
13 fil du temps. Comment vous voyez que vous pouvez...
14 puis vous dites que vous-autres, vous êtes plus en
15 soutien dans les processus.

16 Mais est-ce qu'effectivement, l'expertise
17 est suffisamment présente sur le terrain, au niveau
18 particulièrement de ce qui nous intéresse là, le
19 Programme Jeunes en difficulté et la Protection de
20 la Jeunesse pour pouvoir se baser sur cette
21 expertise-là terrain, alors qu'on sent qu'elle...
22 Bon, ce qu'on entend, c'est qu'elle s'est effritée
23 énormément.

24 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

25 R. Hum, hum. Bien, écoutez, moi, je pense... Je vais

1 vous donner des exemples concrets là. Bon, il y a,
2 exemple, dans le CIUSSS, il y a Carrefour Jeunesse
3 qui donne, qui prépare des formations pour
4 l'ensemble des établissements du Québec, dans le
5 cadre de l'Institut universitaire.

6 On a de l'encadrement clinique, on en a
7 parlé tantôt. On a des gens, nous, dans nos
8 équipes, qui vont aller former, qui vont procéder à
9 faire en sorte que les gens qui font de
10 l'encadrement clinique soient suffisamment outillés
11 pour faire en sorte que les compétences sur le
12 terrain puissent continuellement se développer et
13 s'améliorer.

14 Alors, c'est sûr que sur le terrain comme
15 tel, je pense qu'on a des équipes, déjà, qui sont
16 très mobilisées pour supporter ces gens-là au
17 niveau de l'encadrement clinique. Je vais vous
18 parler davantage de mon établissement. Je ne peux
19 pas parler pour mes collègues des autres
20 établissements.

21 Oui, je sais qu'on a entendu là, dans des
22 audiences, des choses plus difficiles. Je ne vous
23 dirais pas que ce n'est pas nécessairement facile
24 tout le temps, partout, non plus dans notre
25 établissement, mais je pense qu'on met quand même

1 des choses en place pour assurer que les nouveaux
2 intervenants qui arrivent soient suffisamment
3 formés, accompagnés.

4 Il y a du mentorat qui est fait auprès de
5 ces équipes-là. Monsieur Potvin parlait, tantôt, il
6 faisait des parallèles avec... au niveau du bloc
7 opératoire, on met en place des choses, au niveau
8 de nos établissements pour assurer que ces
9 nouvelles ressources-là qui arrivent ne se sentent
10 pas dépourvues. Qu'on ait ce qu'il faut pour
11 qu'elles puissent intervenir auprès de ces
12 clientèles vulnérables.

13 Mme ISABELLE SIMARD :

14 R. On a... Il faut vraiment qu'on puisse instaurer un
15 continuum avec les cursus de formation, donc la
16 formation collégiale et universitaire. Il faut
17 investir la formation spécifique qui concerne le
18 volet de la Protection de la Jeunesse.

19 Il faut le lier vraiment, de façon
20 théorique et pratique à la fois, en lien avec les
21 programmes d'intégration de nouveaux employés. Il
22 en existe, on en a dans la Capitale nationale, en
23 lien avec les éducateurs, les travailleurs sociaux.
24 On en a sensiblement ailleurs, également. Puis il
25 faut que ça perdure pour un certain temps puis ça

1 prend un accompagnement terrain et c'est dans ce
2 sens-là où les expertises se transfèrent également.

3 Donc, ces programmes d'intégration-là sont
4 dispensés par des intervenants d'expérience puis il
5 faut les mettre à contribution dans ces programmes-
6 là. Et il faut que ça soit en continu avec du
7 soutien clinique qui est offert par des personnes
8 qui ont cette tâche-là dédiée au soutien clinique
9 et au développement des compétences.

10 Je me permets de dire que dans nos
11 établissements... C'est différent du clinico-
12 administratif là, du soutien clinico... Le
13 développement des compétences, ce n'est pas juste
14 le suivi des charges de cas, le suivi des... c'est
15 beaucoup de... de... C'est parce que ça, c'est
16 important, c'est une chose, mais il faut que ça
17 soit, également, investi dans le développement pour
18 que la personne... C'est ça le transfert
19 d'expertise.

20 Donc, il faut l'investir si on voit, qu'on
21 constate qu'il y a des expertises qui se perdent,
22 il faut rapidement mettre ça là. Le Conseil
23 multidisciplinaire peut jouer un rôle. Ils avaient
24 des rôles actifs dans les anciens établissements.
25 Je pense qu'on doit miser, également, sur leur

1 contribution.

2 Et je pense qu'on peut jouer un rôle,
3 également, à la révision des standards de pratique,
4 les mettre au goût du jour. Je pense qu'on devrait
5 avoir un mandat clair, en lien avec ça. Il faut
6 qu'on revoie nos standards au goût du jour en lien
7 avec les pratiques actuelles. Et considérer, non
8 seulement, la quantité, mais le quantifier,
9 qualifier, ce que ça veut dire, et considérer
10 l'appropriation d'expertises nécessaires, quand on
11 élabore des standards, des normes de pratique.

12 Puis nous, quand on parlait de processus,
13 on va s'associer les acteurs, l'expertise, mais on
14 va pouvoir animer puis voir, dans le fond, à ce que
15 ces standards-là puissent être... je vais dire...
16 correspondent aux meilleures pratiques puis aux
17 pratiques, puis aux besoins, aussi, des
18 intervenants dans leur développement.

19 Q. **[44]** Comment... vous vous présentez comme les
20 établissements qui ont une désignation
21 universitaire. Comment vous assumez un rôle pour
22 soutenir les autres établissements qui n'ont pas
23 cette désignation universitaire-là?

24 Vous savez qu'on est allé sur la Côte-Nord
25 où on a eu un cri du coeur là, de... de... Il n'y a

1 pas d'université, il n'y a pas... on est comme un
2 peu laissé à nous-mêmes là, finalement, dans...
3 Comment vous assumez ce rôle-là de soutien à la
4 pratique? On le dit souvent, un enfant, où qu'il
5 habite au Québec...

6 Mme ISABELLE SIMARD :

7 R. Tout à fait.

8 Q. **[45]** ... a le droit aux meilleurs services, à la
9 meilleure qualité des services, alors...

10 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

11 R. Hum, hum.

12 Mme ISABELLE SIMARD :

13 R. Bien, je pense que... tu pourras compléter, mais
14 d'entrée de jeu, je pense que ça nous prend un
15 lieu. Il faut qu'on...

16 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

17 R. Partager.

18 Mme ISABELLE SIMARD :

19 R. ... puisse partager, transmettre, à nos collègues.
20 Il faut qu'on soit identifié clairement sur des
21 mandats spécifiques. Il faut travailler, aussi, de
22 façon, je vais dire, efficiente parce que nous, on
23 a une désignation en jeunesse, on a des... je veux
24 dire, des particularités qu'on peut mettre à profit
25 pour l'ensemble, mais on a d'autres régions qui ont

1 des choses à faire, à dire, au profit de l'ensemble
2 également. Ça va dans les deux sens.

3 On a besoin, clairement, d'un leadership,
4 d'un lieu, qui va... et qu'on arrête... Parce que
5 les gens, ils vont... les gens vont développer, au
6 mieux, selon... à l'interne, mais on dédouble le
7 travail, on n'est pas efficient. Donc, on a
8 besoin...

9 Puis je pense que les DSM, on peut avoir ce
10 leadership-là en collaboration avec les directions
11 de programmes. On devrait accompagner les
12 directions de programmes, clairement, dans... Puis
13 particulièrement, DPJ Jeunesse, mais pour toute
14 clientèle également.

15 On fait des choses, dans un programme, qui
16 peut être, de notre vision transversale, peut être
17 mis à profit dans une direction. Je pense à tout le
18 volet d'élaboration des standards. On a fait des
19 standards pour le soutien à domicile avec un
20 processus en lien avec les charges de cas, les
21 charges de travail.

22 Le travail, il est fait sur le processus.
23 On change l'objet, donc on ne recommence pas le
24 travail. Je pense que c'est ça qu'il faut. Notre
25 vision transversale, elle est... Quand on parlait,

1 sur les processus, il y a un gain à ce niveau-là.

2 Q. **[46]** Hum, hum.

3 R. Donc, je pense qu'on a... on pourrait avoir ce
4 leadership-là en regard de pratiques cliniques.

5 Q. **[47]** Merci.

6 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

7 R. Lorsque ma collègue parlait de lieux où est-ce que
8 c'est qu'on pourrait partager, en fait, ces
9 connaissances qui sont produites dans les instituts
10 universitaires, je pense qu'entre autres, dans le
11 mandant de la table des DSM, ça pourrait être un
12 des rôles de s'assurer du partage de connaissance
13 des instituts universitaires à l'ensemble des
14 autres DSM du Québec, pour faire en sorte qu'ils
15 puissent, par la suite, déployer ces nouvelles
16 pratiques, ces nouvelles connaissances-là, à
17 l'intérieur de l'ensemble de leurs organisations,
18 bien sûr avec les directions de programmes. Mais je
19 pense que ça serait un lieu privilégié dans lequel
20 on pourrait partager ces connaissances.

21 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

22 Merci beaucoup.

23 LA PRÉSIDENTE :

24 Merci. On poursuit avec Jean-Simon Gosselin.

25

1 M. JEAN-SIMON GOSSELIN, commissaire :

2 Q. **[48]** Oui, merci beaucoup. Vous avez fait état, dans
3 votre présentation, des opportunités là de la
4 réforme. Et vous avez fait état aussi de perte de
5 repère, vous pensez à quoi?

6 Mme ISABELLE SIMARD :

7 R. Bien, les repères étaient beaucoup liés à
8 l'impression de... de... pour les intervenants en
9 jeunesse plus particulièrement en lien avec le
10 soutien clinique, l'appropriation, où là, les gens
11 sentent un écart entre ce qu'ils avaient avant et
12 maintenant. Puis je pense que c'est un peu dans ce
13 sens-là là, qu'on voyait les pertes de repères.

14 Q. **[49]** Hum, hum.

15 R. Évidemment, qu'il y a des structures... Les
16 réformes de cette grosseur-là, ça nous emmène une
17 perte de repères à plein de niveaux, que ce soit
18 clinique ou administratif. Donc, on a besoin d'un
19 temps pour...

20 C'est pour ça que, dans le fond, ce qu'on
21 dit c'est : est-ce qu'on peut miser sur ce qu'on a
22 actuellement, en identifiant les écarts? Mais je
23 pense que là, les intervenants... Dans le fond, je
24 nous invite à ne pas... Il ne faut pas se remettre
25 à toucher ou à...

1 Q. **[50]** Les structures...

2 R. ... à revenir aux revirements comme ça, qui
3 bousculent tout le monde là. Je pense qu'il faut
4 qu'on puisse être au goût du jour, mais en étant au
5 clair aussi avec ce qu'on a. Je pense que les gains
6 sont la continuité, la fluidité des trajectoires.

7 Puis si j'ai le temps puis que je peux me
8 permettre, j'aimerais donner un exemple, peut-être,
9 concret de ce qu'on peut actualiser. Un exemple, en
10 jeunesse.

11 Dans notre région, on a beaucoup travaillé
12 à améliorer l'accès dans les trajectoires de
13 services. Et avec les anciens établissements, on
14 sait qu'il y avait des références inter
15 établissements qui se faisaient avec des délais
16 d'attente, avec... Dans le fond, la personne devait
17 répéter son histoire et...

18 Donc, un cas concret. On a vraiment et on a
19 pris la direction jeunesse pour réviser la
20 trajectoire de services, pour assurer de donner un
21 service le plus rapidement possible, le plus
22 clairement possible. Donc, on a tracé, j'ai envie
23 de dire, ce qu'on appelle « les évidences » ou des
24 choses qui sont clairement... qui doivent être
25 prises en charge par le Programme Jeunesse et on le

1 fait connaître aux portes d'entrée parce que les
2 personnes, elles se présentent... elles peuvent se
3 présenter à l'urgence, au GMF, au...

4 Dans cette situation-là, la personne... la
5 famille a appelé au 811 Info social. Donc, elle
6 avait une situation de détresse importante, des
7 jeunes enfants. Ils ont fait une intervention de
8 crise, adéquate, mais clairement, il y avait un
9 besoin de continuité pour la suite de la prise en
10 charge de la situation.

11 Je dirais, antérieurement, ce qu'on aurait
12 vu, c'est une... une fin d'appel, une référence au
13 CLSC avec un appel au CLSC où on recommence, dans
14 le fond, à dire : Bien, j'ai... l'histoire... puis
15 voici mon besoin et... Et là, bien, on aurait été
16 référé au programme, on serait tombé à la
17 (inaudible). Dans le fond, c'était ça, un peu, nos
18 trajectoires de services.

19 Ce qu'on recherche à faire là, c'est à
20 limiter ces étapes-là. Et dans cette situation-là,
21 suite à l'appel, avec l'accord, évidemment, de la
22 personne de la famille, un appel a été fait par la
23 coordonnatrice professionnelle directement au
24 Programme services pour que le lendemain, il y ait
25 une prise en charge qui soit faite, une offre de

1 services, et c'est le Programme qui a appelé le
2 client pour... bon, j'allais dire...

3 Bien, moi, je pense que ça, c'est des
4 exemples très concrets et ça a répondu aux besoins,
5 et c'est ça qu'on est capable de faire. Donc, dans
6 les opportunités, moi, je crois fermement que ça,
7 on est capable de faire ça puisqu'il y a des
8 barrières qui ne sont plus là dans... Ce n'est pas
9 parfait, il y a des choses... Ça peut se vivre
10 différemment, localement, régionalement. Et je
11 trouve que c'est des exemples. Et ça, ça a mis à
12 contribution les professionnels. Ça n'a pas passé
13 par une procédure, un processus, une demande à un
14 chef de service, à un coordonnateur professionnel à
15 811... ou à l'Info social communique avec un cas...
16 Donc, maximiser la... je veux dire l'agilité, la
17 proximité.

18 Q. **[51]** Maintenant, je regarde votre document qu'on a
19 lu là, du dix-neuf (19) novembre deux mille dix-
20 neuf (2019). Dans le bloc « Normes et standards de
21 pratiques - Encadrement et soutien clinique », vous
22 proposez là une nouvelle structure de soutien
23 clinique, mais il y a plusieurs phrases assez
24 percutantes sur des constats que vous faites là,
25 actuellement. Ça en est où, ce projet-là? Est-ce

1 que c'est à venir ou si c'est... Ça en est où, ce
2 projet-là?

3 R. C'est en actualisation. Bien, je vais parler pour
4 notre établissement, évidemment.

5 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

6 R. Vous parlez de la mienne aussi.

7 Mme ISABELLE SIMARD :

8 R. Pour nous, c'est en actualisation. Donc, dans ma
9 direction, j'ai des conseillers cadres. On est
10 quand même... Je pense qu'il faut le dire : Est-ce
11 qu'on a tous les moyens? Euh... peut-être pas, mais
12 on en a des moyens, dans nos établissements, quand
13 même.

14 Donc, on a la présence de conseillers
15 cadres en lien avec des volets disciplinaires et
16 interprofessionnels. On a des professionnels. Nous,
17 on les appelle « professionnels conseils » qui sont
18 issus des Programmes Services et on a une structure
19 en lien avec des coordonnateurs professionnels sur
20 le terrain. On a des programmes de soutien au
21 développement des compétences des coordonnateurs
22 professionnels qui sont sur le terrain, qu'on
23 déploie.

24 Et là, on travaille avec chacune des
25 directions cliniques pour être en mesure de mettre

1 en place ce modèle-là. Certaines directions sont
2 plus avancées que d'autres. Et là, c'est sûr qu'il
3 y a un enjeu. Évidemment, il y a un enjeu de
4 ressources, de disponibilité, puisque comme mon
5 collègue le disait : « On a quand même partagé des
6 ressources au global. »

7 Là, on a tendance... On voit le mouvement
8 revenir avec les budgets de développement que je
9 vous parlais tout à l'heure où on... Donc, on est à
10 installer ça et on a, actuellement... Par exemple,
11 on vit actuellement des... des... je vais dire, des
12 actions en lien avec cette structure-là.

13 Par exemple, on a travaillé avec l'Ordre
14 des Travailleurs sociaux, le Ministère, en lien
15 avec la réévaluation de l'outil d'évaluation du
16 fonctionnement social, la formation. On a donc mis
17 les programmes, l'ensemble des programmes autour...
18 On a animé un processus où on a révisé les grilles
19 liées à l'utilisation de cet outil-là pour être
20 conformes aux contextes de pratique, je vais dire
21 ça, en même tant qu'aux normes.

22 Et ce sont la DSM qui a soutenu le
23 processus puis ce sont les coordonnateurs
24 professionnels qui soutiennent dans l'application,
25 auprès des intervenants.

1 Q. **[52]** Mais concrètement, admettons, dans un scénario
2 idéal là où ça, c'est déployé là...

3 R. Oui.

4 Q. **[53]** ... à votre satisfaction, avec les ressources
5 voulues, ça va s'articuler... ça va fonctionner...
6 ça va être quoi là? Il va y avoir un cours. Dans le
7 Programme Jeunesse, par exemple...

8 R. Hum, hum.

9 Q. **[54]** ... ça va se vivre comment là? Concrètement
10 là? Un coordonnateur clinique par combien
11 d'intervenants? Il va faire quoi? T'sais, une
12 illustration concrète là, d'un programme déployé.
13 Je comprends que vous êtes...

14 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

15 R. Oui. En fait, je vais vous donner un exemple.

16 Q. **[55]** Oui.

17 R. Dans notre établissement, nous, on fonctionne avec
18 un modèle à deux paliers. Il y a des leaders
19 cliniques de chaque programme, DPJ et Jeunesse et
20 aussi CLSC, dans tout le continuum. En fait, dans
21 toute la trajectoire du jeune. Et ils reçoivent,
22 actuellement, de l'encadrement clinique de groupes
23 sur les dossiers transversaux, avec des normes de
24 pratique et tout.

25 Par la suite, ces groupes-là constituent un

1 espace d'échange sur les bonnes pratiques puis un
2 espace de réflexion sur leur travail d'encadrement
3 clinique. Les leaders cliniques reçoivent également
4 de la formation sur leur rôle, avec une autorité
5 fonctionnelle au niveau de la DSM, selon plusieurs
6 modèles, soit des formations, du co-développement
7 des communautés de pratique, du « coaching ».

8 Et ils reçoivent également du soutien
9 individuel lorsqu'ils rencontrent des difficultés
10 dans leur pratique. Alors, ça, je vous dirais que
11 depuis à peu près un an, c'est les éléments qu'on a
12 mis en place au niveau du Programme Jeunesse.

13 Q. **[56]** Dans un autre ordre d'idées, tantôt on avait
14 le docteur Gauthier qui est venu nous témoigner. Et
15 au niveau des familles à hauts risques de
16 négligence, ce que j'ai entendu, ce que j'ai
17 compris, c'est que le déterminant le plus important
18 pour un succès dans l'intervention, c'est la
19 continuité, pas de l'intervention, de l'intervenant
20 pour un lien de confiance.

21 Je sais bien que vous n'avez pas de
22 contrôle sur tout ça, mais est-ce que c'est comme
23 pris en compte, cette question-là dans vos
24 réflexions au niveau...

25

1 Mme ISABELLE SIMARD :

2 R. Vous voulez dire la...

3 Q. **[57]** Parlons « jeunesse » là, pour le moment.

4 R. ... la continuité par l'intervenant, oui.

5 Q. **[58]** Bien, c'est ce qu'il nous a dit là. Je vous
6 répète essentiellement. Si l'intervenant est
7 stable, il s'établit un lien de confiance et ça
8 donne plus de résultat au niveau des familles à
9 hauts risques.

10 R. Euh...

11 Q. **[59]** Comment c'est pris en compte, ce besoin-là
12 de...

13 R. Hum... Dans la...

14 Q. **[60]** Si vous le pouvez.

15 R. ... dans la révision... Je reviens à la question
16 des processus, des standards, des normes, des...
17 Dans le fond, ça doit être pris en compte quand on
18 fait cette révision-là des processus
19 d'interventions. Il faut...

20 Je vais dire... vous parlez de négligence.
21 On a développé des programmes en négligence. Ça
22 avait commencé avant la réforme, mais... Ces
23 programmes-là, ils sont aussi intersectoriels. Ils
24 concernent la DPJ, la Direction Jeunesse, mais
25 également la communauté. Ils s'installent dans les

1 communautés, dans la proximité.

2 Dans le cadre de ces programmes-là, on a
3 donc des rôles et responsabilités, une
4 complémentarité de rôles et responsabilités qui
5 sont en lien avec les intervenants, qu'on va dire
6 de première ligne et ceux de la DPJ en continuité.

7 Et c'est là où on peut... est-ce qu'on peut
8 créer des équipes collaboratives différentes un peu
9 de ce qu'on connaît? Plutôt que d'intervenir en
10 séquences, en transitions de services, est-ce qu'on
11 peut s'amener, avec une continuité par un
12 intervenant pivot, par un navigateur, et d'amener
13 l'expertise en soutien au moment opportun plutôt
14 que de travailler en séquences de services.

15 Je lance l'idée. On le voit, on le fait,
16 parfois instinctivement. Il faut avoir cette
17 souplesse-là également de pouvoir... On a
18 développé, dans la région, des approches de
19 proximité auprès de populations locales
20 vulnérables, avec des besoins particuliers. Et ce
21 qu'on a, dans le fond, c'est qu'on a fait une
22 équipe mixte interprogramme en lien avec un
23 intervenant jeunesse, un intervenant DPJ, en lien
24 avec la santé mentale.

25 Puis cette équipe-là, elle intervient un

1 peu à relais, selon des besoins spécifiques. Et
2 c'est très agile, mais c'est un peu hors... je veux
3 dire, pas « hors normes », mais hors de ce qu'on
4 voit habituellement. Mais je pense que quand on
5 parle d'équipes collaboratives ou de... il faut,
6 peut-être réfléchir à... Je ne sais pas si ça, ça
7 répond. Et ça peut venir à assurer une continuité
8 dans... parce que la grande question se pose.

9 Lorsque la DPJ arrive dans la vie des
10 enfants et de leurs familles puis qu'il y avait
11 déjà, ou même s'il n'y en a pas, on ne devrait pas,
12 tout le monde, se retirer. Puis tout le monde au
13 sens large là, la communauté. On devrait rester
14 présent dans la continuité puis que ça soit...

15 En tout cas, je pense qu'il y a peut-être
16 un paradigme là, à s'adresser. Bien humblement...

17 M. JEAN-SIMON GOSSELIN, commissaire :

18 Merci.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Merci. Alors, j'aurais plusieurs questions, mais je
21 vais en prendre une.

22 Q. [61] Depuis le début de la Commission, on a entendu
23 des jeunes, des jeunes adultes, des familles, des
24 mères, des familles d'accueil, des intervenants
25 nous dire que leur sort ne s'était pas amélioré

1 depuis deux mille quinze (2015).

2 Nous dire que, et on l'a entendu, entre
3 autres, sur la Côte-Nord, que là, les intervenants
4 ne peuvent pas soutenir une autre qui arrive parce
5 que ce n'est pas le même programme et il y a une
6 surveillance... Et des intervenants aussi, de
7 Montréal, nous ont dit ça.

8 La perception qu'on a de ce que les gens
9 nous ont témoigné c'est qu'on travaille encore plus
10 en silo. Pourquoi je vous dis ça? Je trouve que
11 c'est important, pour la Commission, d'avoir tous
12 les points de vue.

13 Mme ISABELLE SIMARD :

14 R. Hum, hum.

15 Q. **[62]** Alors, ce que vous nous dites, c'est ceci.

16 Dans le deuxième paragraphe, vous nous dites :

17 La création des CISSS et des CIUSSS en
18 deux mille quinze (2015) a apporté une
19 opportunité exceptionnelle
20 d'avancement dans l'intégration des
21 soins et des services au bénéfice de
22 la population. Les anciennes missions
23 d'établissements étant depuis
24 regroupées administrativement et
25 cliniquement sous un même toit, elles

1 favorisent une meilleure concertation
2 et l'atteinte des résultats visés au
3 plan de l'amélioration de l'accès, de
4 la qualité et de la continuité des
5 soins et des services.

6 Alors, je trouve que c'est un point de vue qu'on
7 n'a pas entendu jusqu'à maintenant.

8 R. Hum, hum.

9 Q. **[63]** Donc, je présume que vous pouvez nous déposer
10 des documents, des outils de mesure ou
11 d'évaluation, au soutien de cette affirmation. Ça
12 serait vraiment apprécié. Ou vous pouvez nous le
13 dire verbalement aussi là, mais sinon les documents
14 d'évaluation seraient appréciés.

15 R. Bien, en fait, c'est sûr qu'on n'a pas la
16 prétention qu'il n'y a pas eu d'impact puis qu'il
17 n'y a pas eu d'écart. Je pense qu'on l'a nommé.
18 Mais on a des expériences. Je vous en ai décrite
19 une, très concrètement, tout à l'heure, où il y
20 avait des leviers, des opportunités qu'on a eues,
21 qu'on a saisies.

22 Donc, tout le projet de révision de
23 l'amélioration de l'accès dans nos trajectoires de
24 services, je pense que ça c'est quelque chose qui
25 est novateur puis pour lequel on peut avancer.

1 Moi, je pense qu'on est dans... Je l'ai
2 vécu, j'étais dans... Il y avait de très bonnes
3 choses, mais je pense que le contact avec la
4 première ligne puis la communauté, moi, je l'ai
5 perçu... Puis là, c'est très personnel, je le vis
6 au quotidien. Il y en a des expériences qui sont
7 là.

8 Est-ce qu'on aurait peut-être avantage à se
9 les partager davantage? Et à apprendre les uns des
10 autres, dans ça? Puis de mettre de l'avant les
11 conditions? Je suis aussi d'avis que ce n'est pas
12 parfait. Quand je vous parlais de mettre de
13 l'agilité, d'équipes, il y a des solutions, il y a
14 des propositions qu'on peut avoir. Maintenant,
15 l'évaluation de ça, je pense qu'on peut documenter
16 des projets plus concrets pour vous faire cette
17 démonstration-là. L'évaluation, évidemment, elle
18 peut s'inscrire aussi au long, au long dans ça.

19 Q. **[64]** Oui, oui, je comprends, mais effectivement...

20 R. Oui.

21 Q. **[65]** ... une opportunité exceptionnelle, ça
22 demanderait quelques documents d'évaluation pour
23 nous aider à réfléchir. Je vous amène rapidement
24 sur un autre point de vue, très concret, pardonnez-
25 moi. Vous avez parlé d'imputabilité

1 professionnelle. Ça se comprend très bien...

2 R. Hum, hum.

3 Q. **[66]** Personne ne discute ça. Dans votre mission,
4 comment vous pouvez soutenir les intervenantes?
5 Parce qu'elles nous ont dit, puis on a compris par
6 d'autres interventions, qu'elles ont une
7 organisation du travail, elles ont une charge de
8 travail qui les met professionnellement à risque.

9 R. Hum.

10 Q. **[67]** Qu'est-ce que vous pouvez faire pour elles,
11 dans votre mission, aujourd'hui?

12 R. J'ai mentionné, tout à l'heure, qu'on devrait
13 réviser les standards exigés en lien avec les
14 programmes. Il y a des méthodes, on sait comment
15 faire ça.

16 Quand on documente l'offre de service avec
17 les activités cliniques requises, on est capable
18 d'identifier quelles sont les compétences requises
19 pour exercer ces activités-là. Et donc, quels
20 professionnels peuvent les faire et quels outils
21 ils ont besoin.

22 On comprend que dans la charge de... La
23 charge de cas, la charge de travail, c'est deux
24 éléments complémentaires dans la... La charge de
25 cas, on considère que ce sont les activités liées à

1 la dispensation des services directs ou indirects
2 parce que la planification de l'intervention.

3 Donc, et la charge de travail qui est liée
4 au soutien à l'appropriation puis au développement
5 des compétences. On doit considérer ces deux
6 éléments-là. Et je pense que... On a dit aussi que
7 les intervenants ont de la formation, ils en
8 veulent, ils en ont besoin. En même temps, il faut
9 ordonnancer cette formation-là, la prioriser, faire
10 en sorte qu'elle soit donnée au moment opportun,
11 mais aussi favoriser l'appropriation parce que deux
12 jours de formation... et ça, il faut considérer ça
13 dans le temps. Donc, il faut réviser, et je pense
14 qu'on serait un soutien pour tenir compte puis
15 réviser de ça au goût du jour, j'ai envie de dire,
16 parce qu'on ajoute...

17 À travers chacun des programmes, on ajoute
18 beaucoup d'outils de soutien à l'intervention, qui
19 est très bien, mais c'est qu'on les ajoute peut-
20 être trop en simultané, sans les considérer dans
21 leur ensemble. Puis là, les intervenants reçoivent
22 ça avec une impression de surcharge, avec raison
23 d'ailleurs là.

24 Q. **[68]** D'accord. J'aurais bien d'autres question,
25 mais on va passer à André Lebon. Merci.

1 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

2 Qui devra choisir parmi toutes ses questions. J'ai
3 l'impression d'entendre un plan de redressement ou
4 une volonté d'aller de l'avant. Je pense que vous
5 nous convainquez là-dessus, mais il y a des mots
6 comme « on devrait », « on devrait », « on
7 pourrait », « on a les outils qu'il faut ».

8 Vous avez parlé d'enjeux, de soutien au
9 personnel, mais dans les standards de pratique-là,
10 la stabilité du personnel, les conditions de
11 pratique qui font qu'ils sont en surcharge. Quand
12 on parle de stratégies de formation, je me dis : Ça
13 va devenir de la formation continue plus, plus,
14 parce qu'avec le « turn over » qu'il y a, ça va
15 être à répéter, probablement, à chaque année. Vous
16 vous positionnez comment par rapport à ces enjeux-
17 là qui sont sensibles? Je veux dire, c'est beau
18 d'avoir un plan, mais... Puis j'aurais une dernière
19 question. Quand vous parlez avec quand même
20 conviction de l'importance de la table nationale
21 puis des arrimages qui sont souhaités et de la
22 vitesse variable des moyens que vos équivalents
23 ont. Je vous ferais remarquer que vous êtes dans
24 les deux centres où il y a une institut
25 universitaire là.

1 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

2 R. Effectivement.

3 Q. **[69]** Ça fait que déjà, vous partez...

4 Mme ISABELLE SIMARD :

5 R. Tout à fait.

6 Q. **[70]** ... peut-être plus équipés que la moyenne des
7 ours.

8 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

9 R. Hum, hum.

10 Q. **[71]** Alors, donc, je me dis : Quand on est devant
11 ça, moi... Moi, je me pose la question, elle a été
12 abandonnée pourquoi, la table? Êtes-vous capables
13 de répondre à ça? Ça semble un outil tellement
14 intéressant ou souhaité. C'est une question
15 pragmatique.

16 R. C'est une bonne question. Je ne pourrai pas avoir
17 toutes les réponses à cette question-là,
18 malheureusement. C'est sûr qu'il y a une volonté
19 des directeurs des services multidisciplinaires à
20 faire en sorte de travailler sur des cadres de
21 pratique qui pourraient être, par la suite... des
22 cadres de pratique nationaux et tout ça, mais il y
23 a une eu une volonté de faire un arrêt à cette
24 table-là pour réfléchir sur son mandat, sur
25 vraiment ses orientations et tout. Et c'est là-

1 dessus qu'on travaille actuellement, avec le
2 Ministère, ma collègue et moi, et une autre de mes
3 collègues. On est trois collègues là qui tentons de
4 revoir, en fait, le mandat de cette table-là, pour
5 qu'elle soit reconnue, mais surtout que les
6 livrables que cette table-là puisse apporter,
7 soient concrets et que ça puisse être utile pour
8 l'ensemble du réseau. Et c'est vraiment
9 l'orientation que nous, on veut donner à cette
10 table-là.

11 C'est sûr que, comme on l'a dit tantôt, les
12 DSM au Québec, c'est une nouvelle direction qui
13 existait auparavant dans quelques établissements
14 seulement. Alors, c'est sûr, c'est la mise en place
15 de cette direction-là, la reconnaissance du rôle
16 des DSM...

17 Mme ISABELLE SIMARD :

18 R. Hum.

19 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

20 Q. **[72]** ... qui remplacent les DSP des anciens
21 établissements, mais c'est vraiment cette mise en
22 place-là et c'est vraiment là où on est. Et je vous
23 dirais que la réflexion est en cours actuellement,
24 au niveau de la remise en place de cette table-là.

25

1 Mme ISABELLE SIMARD :

2 R. Puis dans nos... on a des établissements similaires
3 en lien avec les missions, évidemment, sociales là,
4 je vais dire ça aussi, en concentration. Ça
5 représente quand même, pour chez nous, c'est plus
6 de cinq mille cent (5100) professionnels. Donc, il
7 y a quelque chose qui est important à soutenir.

8 J'ai envie de vous dire, je pense que c'est
9 nouveau, la vision des DSM. Il y avait des DSM
10 dans... avant... n'étaient peut-être pas...

11 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

12 R. Plus hospitalier ou (inaudible) là.

13 Mme ISABELLE SIMARD :

14 R. ... étaient plutôt dans une vision hospitalière.
15 Avec l'investissement des pratiques
16 professionnelles à échelles variables on n'a pas le
17 même historique que les DSI, DSP. Mais j'ai envie
18 de vous dire, bien, on a donc toutes les bonnes
19 raisons de venir renforcer notre rôle dans ce sens-
20 là, ce qu'on a en commun. Dépendamment des services
21 qu'on a sous notre responsabilité, c'est le soutien
22 au développement des pratiques professionnelles,
23 les croyances que le personnel, ils sont
24 compétents, ils sont engagés, puis qu'on doit
25 soutenir leur développement.

1 Les conseils multidisciplinaires qui
2 travaillent de concert avec nous, sont très
3 engagés, ils sont très actifs. Je pense que ce sont
4 des acteurs sur lesquels on doit miser également.
5 Dans le soutien, on parlait de formation, mais
6 c'est le soutien. Je pense que la formation, c'est
7 une chose mais c'est aussi le soutien...

8 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

9 R. Le soutien clinique au quotidien.

10 Mme ISABELLE SIMARD :

11 R. Au quotidien, sous diverses formes, études de cas,
12 études de cas cliniques. Il faut être proactifs
13 pour... Du développement de compétence, ça ce fait
14 aussi, à travers, peut-être, des situations pour
15 lesquelles on fait une lecture de façon proactive
16 puis qu'on fait une analyse en lien avec les
17 pratiques, en lien avec le programme, en lien avec
18 les activités. Nous, on peut vraiment être... on
19 l'est déjà. Puis quand on parle de « devrait »,
20 « pourrait », bien, c'est parce qu'on le fait, puis
21 on le fait à une échelle. Puis évidemment qu'on ne
22 peut pas parler pour l'ensemble là des
23 établissements aussi.

24 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

25 R. Mais on a les mêmes responsabilités que les DSI et

1 les DSP...

2 Mme ISABELLE SIMARD :

3 R. Hum.

4 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

5 R. ... par rapport à l'ensemble des professionnels.

6 Mme ISABELLE SIMARD :

7 R. C'est ça.

8 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

9 R. Dans notre CIUSSS, c'est plus de six mille (6000)
10 professionnels qu'on a, dont près de deux mille
11 (2000) qui sont en jeunesse. Alors, c'est sûr que
12 nous, on a une préoccupation de s'assurer du
13 maintien, du développement des compétences puis
14 on... Alors, c'est notre volonté d'être reconnu
15 aussi, à ce titre-là.

16 LA PRÉSIDENTE :

17 D'accord. Merci. Le temps que nous avons
18 ensemble... Ça passe vite, hein? C'est déjà écoulé.

19 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

20 Bien oui. Merci, oui.

21 LA PRÉSIDENTE :

22 Merci infiniment pour votre témoignage, puis
23 j'imagine que vous retournez à Québec. Alors, bon
24 retour, merci...

25

1 Mme ISABELLE SIMARD :

2 Merci.

3 LA PRÉSIDENTE :

4 ... d'être venus témoigner. Bonne fin de journée.

5 Mme ISABELLE SIMARD :

6 Merci.

7 M. PIERRE-PAUL MILETTE :

8 Merci.

9 LA PRÉSIDENTE :

10 Et nous ajournons jusqu'à quatorze heures (14 h),
11 merci.

12 SUSPENSION DE L'AUDIENCE

13 REPRISE DE L'AUDIENCE

14

15 LA PRÉSIDENTE :

16 Merci. Bon après-midi tout le monde. Alors, nous
17 recevons en ce moment madame Louisiane Gauthier,
18 madame Ginette Durand-Brault, monsieur Hugues
19 Létourneau et monsieur Claude Bilodeau. Bienvenue.
20 Vous allez me permettre de souligner la présence du
21 juge à la retraite, le juge Michel Jasmin, qui est
22 là pour vous accompagner. Merci, Monsieur le Juge,
23 d'être là avec nous. Nous apprécions beaucoup.

24 Alors comme prévu, vous aviez une quinzaine
25 de minutes chacun de présentation. Vous n'êtes pas

1 obligés d'aller jusqu'à quinze minutes (15 min),
2 mais c'est le maximum, quinze minutes (15 min) de
3 présentation pour nous laisser du temps ensuite
4 d'échange avec l'ensemble des commissaires. Ça vous
5 va?

6 Alors, comme vous le savez, avant de vous
7 laisser la parole, je vais demander au greffier de
8 vous assermenter, s'il vous plaît. Il est en avant
9 à votre droite.

10

11 **LOUISIANE GAUTHIER,**
12 **GINETTE DURANT-BRAULT,**
13 **HUGUES LÉTOURNEAU,**
14 **CLAUDE BILODEAU,**

15 Témoins experts
16 (Sous serment)

17

18 LA PRÉSIDENTE :

19 Alors maintenant, la parole est à vous.

20 Mme LOUISIANE GAUTHIER :

21 Nous allons commencer par vous, Madame la Juge
22 Durand-Brault.

23 Mme GINETTE DURAND-BRAULT :

24 Oui, à cause du sujet dont je vais vous parler, qui
25 est d'ordre beaucoup plus juridique. Alors, Madame

1 la Présidente, Messieurs les Vice-Présidents,
2 Mesdames et Messieurs les Commissaires, permettez-
3 moi d'abord de vous remercier pour l'invitation que
4 vous m'avez faite, d'apporter depuis ma lointaine,
5 mais longue expérience d'avocate et de juge à la
6 Chambre de la jeunesse, quelques idées sur la
7 problématique qui vous occupe.

8 Votre mandat est immense et complexe :
9 fouiller tous les recoins des nombreux secteurs
10 engagés dans la protection infantile au passé, au
11 présent et à l'avenir n'est certes pas une mince
12 tâche. Beaucoup de témoignages poignants, que vous
13 avez entendus énoncer jusqu'ici, les pénuries de
14 tous ordres qui minent l'appareil d'intervention et
15 qui en amènent certains à conclure à l'échec total
16 de votre régime... de notre régime de protection de
17 l'enfance.

18 Malgré les conséquences tragiques des
19 manquements du système, je ne suis pas ce ceux-là.
20 Je crois, au contraire, que le régime de... que ce
21 régime repose sur des assises fortes et des
22 principes d'une grande valeur sociale et humaine.
23 Mais que faut-il penser? Ou faut-il repenser la Loi
24 sur la protection de la jeunesse?

25 Pour ma part, j'aimerais vous amener sur un

1 terrain donc plus aride et moins émotif, mais
2 absolument essentiel, pour une compréhension
3 exhaustive de l'état des lieux. Au Québec, la
4 protection de l'enfance repose toute entière sur
5 cette sorte de grande charte, qui s'appelle la Loi
6 sur la protection de la jeunesse. Elle est la mise
7 en mot, le canevas et la régulation du gros
8 paquebot que vous êtes en train d'inventorier. D'où
9 la question que je pose : a-t-elle une part
10 d'imputabilité dans les maux dont on accuse le
11 régime?

12 Il y avait quelque chose de magnifique,
13 magnifiquement utopique dans la révolution
14 industrielle que j'ai vécue, pour ma part, avec
15 d'autres personnes qui sont ici d'ailleurs en mil
16 neuf cent soixante-dix-neuf (1979) lors de son
17 entrée en vigueur. Le système a mis en place alors
18 un joyau sur papier, un alliage finement dosé de
19 social et de judiciaire, qui devait protéger tous
20 les enfants de tous les dangers et soulager les
21 familles en souffrance, tout en assurant le droit
22 de chacun sur la base de principes audacieux et
23 résolument modernes.

24 Sa plus grande innovation était que
25 désormais l'enfant ne se définissait plus en

1 fonction de ceux dont il dépendait, mais bien en
2 lui-même, tel qu'il était, par son âge et les
3 particularités qui s'y rattachent. Cette avancée
4 constituait un grand progrès civilisateur et les
5 instances du monde entier s'y intéressaient. Or,
6 cette remarquable Loi sur la protection de la
7 jeunesse a maintenant quarante (40) ans et elle a
8 connu, bien entendu, de nombreux ajustements pour
9 pallier les obstacles rencontrés lors de son
10 application et répondre aux exigences des
11 mentalités en constante évolution. Le but a
12 toujours été le même : protéger les enfants le plus
13 efficacement possible, optimiser l'usage des
14 ressources qui coûtaient très chères à une société
15 qui est soumise à des fluctuations économiques,
16 éviter les excès et les abus de droit.

17 La valeur de cette loi, je vous le demande,
18 est-elle aussi grande aujourd'hui? A-t-elle perdu
19 de son efficience? Est-ce à cause d'elle qu'une
20 cer... est-ce à cause d'une certaine usure, dirais-
21 je, que des enfants en grand danger sont passés à
22 travers son filet au point d'y risquer leur vie? En
23 d'autres mots, faut-il la réformer?

24 Je suis d'avis, quant à moi, que cette loi
25 a gardé, pour l'essentiel, sa pertinence et sa

1 valeur intrinsèque, mais elle est perfectible,
2 comme toutes les lois, et il se pourrait qu'une
3 étude approfondie de sa teneur, à la lumière des
4 avancées de la science et de l'expérience, fasse
5 ressortir des failles structurelles susceptibles de
6 perturber les décisions qui sont prises en son nom.

7 Aux fins de cette présentation, j'ai choisi
8 un angle particulier pour examiner l'une des
9 articulations les plus importantes de la Loi, soit
10 l'interaction entre l'intervention sociale et
11 l'intervention judiciaire, dans l'angle de la
12 centralité de l'enfant, dans l'ensemble de la Loi.
13 Car vu globalement, le Régime de protection de la
14 jeunesse mis en place par la Loi sur la protection
15 de la jeunesse fait penser à une ville qu'un fleuve
16 diviserait en deux parties de hauteur et de largeur
17 différentes. Comme Paris, notre loi a sa rive
18 droite et sa rive gauche. Sur sa rive gauche
19 s'étale tout un système d'intervention sociale,
20 grand pourvoyeur de soins de santé physique et
21 mentale, avec ses hôpitaux, ses centres d'accueil,
22 ses familles d'accueil, ses centres communautaires,
23 tout un regroupement tentaculaire de disciplines à
24 la fois disparates et complémentaires, parfois
25 adeptes d'écoles de pensée différente. Rive droite,

1 vous avez les piliers de la justice avec leurs
2 arcanes peuplés de juges, de témoins, de bruyants
3 débats judiciaires, d'où émergent l'oracle
4 suprême : les ordonnances.

5 Chacun de ces deux côtés a sa culture
6 propre, sa manière de voir, de sentir, d'agir et de
7 réagir. Les premiers devoirs, le premier devoir du
8 magistrat est de faire en sorte que justice soit
9 rendue à l'enfant en difficulté, celui de
10 l'intervenant social, de lui fournir les soins et
11 le soutien nécessaires pour enrayer le mal qui
12 menace sa sécurité et son développement.

13 Dans l'ensemble de notre système législatif
14 au Québec, aucune loi, je crois, ne va aussi loin
15 que la Loi de la protection de la jeunesse dans la
16 conjugaison systématique du travail du juge avec
17 celui du travailleur social. Or, cette
18 complémentarité est, en soi, assez contraire à la
19 nature propre de l'institution judiciaire, qui doit
20 absolument préserver son étanchéité afin de
21 garantir sa neutralité. Cette dualité aux allures
22 paradoxales est au coeur de la Loi sur la
23 protection de la jeunesse et elle a forcément une
24 incidence sur le traitement des enfants en
25 situation de danger. Elle mérite en tout cas un

1 examen des voies de passages aménagées entre les
2 deux rives, par où circule le dossier de l'enfant.
3 Reprenant l'image de la vie vue d'en haut, on
4 constate que les deux territoires ne sont pas au
5 même niveau, celui à droite dominant celui à
6 gauche. Lorsqu'une entente n'est pas possible,
7 c'est en effet le judiciaire qui a l'autorité
8 nécessaire pour choisir et imposer les mesures
9 psychosociales qui vont assister un enfant en
10 danger.

11 Avant d'en arriver à cette ultime
12 ordonnance, souvent douloureuse pour les enfants et
13 les parents, le cheminement d'un dossier à travers
14 la Loi aura été jalonné d'un grand nombre de
15 décisions à prendre. Chacune d'elle comporte, pour
16 les intervenants qui y participent, sa marge
17 d'erreur, son lot de controverse et d'incertitude,
18 où se jouent des tendances idéologiques plus ou
19 moins conscientes. Mon expérience m'a appris que
20 lorsqu'il s'agit du sort d'un enfant, c'est la
21 fibre intime d'un décideur qui est chaque fois
22 engagée, que ce soit un juge ou un intervenant
23 social.

24 Je vous soumets qu'il est impossible
25 d'échapper à toute subjectivité, même dans la plus

1 grande... la plus stricte conformité à la loi. Il
2 en ressort que les juges ne sont pas tous pareils,
3 non plus que les intervenants sociaux. Ils ont des
4 tendances, des biais innés ou acquis. On dit que
5 l'enfant ne choisit pas ses parents, il ne choisit
6 pas non plus son juge ou son travailleur social. Il
7 ne faut jamais perdre de vue cette part
8 d'impondérable qui rend la justice si humainement
9 imparfaite et l'intervention sociale toujours
10 incertaine. Il faut admettre courageusement que
11 toute décision est un essai, pour ne pas dire une
12 gageure prise sur l'avenir d'un enfant. Car nul ne
13 peut prédire si l'option choisie sera la bonne,
14 quels en seront les effets sur lui, si tant est que
15 la situation était au départ perfectible et le mal
16 guérissable. Voyez-vous, seul Dieu pourrait
17 permettre à un parent inadéquat de reprendre à zéro
18 son enfance... une enfance difficile qui l'a rendu
19 incapable d'assumer ses responsabilités. Envers et
20 contre tous ces inconnus, il faut compter sur une
21 résilience qui n'est pas toujours existante. En ce
22 sens, je dirais que la Protection de la jeunesse
23 sera toujours une oeuvre de pure espérance.

24 Dans ce contexte périlleux, la
25 complémentarité obligée du juge et du directeur

1 favorise-t-elle des options censées, cohérentes,
2 judicieusement appliquées, ou est-elle source de
3 tensions ou d'incompréhension susceptible d'influer
4 sur la qualité des décisions qui seront prises
5 ultérieurement? Car si le juge a le dernier mot, sa
6 suprématie est trompeuse. Dans ces basses terres,
7 le directeur mène le jeu bien avant le Tribunal et
8 continuera à le faire une fois l'ordonnance rendue.
9 Il exerce ce qu'il faut bien appeler une sorte de
10 monopole sur le monde de l'enfance en détresse, qui
11 fait de lui l'ouvrier de sa propre justice dans le
12 champ qu'il occupe. Il est l'unique porte d'entrée
13 dans la ville, le maître d'oeuvre de toute la
14 démarche. C'est lui qui reçoit le signalement, qui
15 l'analyse, le déclare reçu ou rejeté, pose un
16 diagnostic sur la dangerosité de la situation et au
17 bout du compte, négocie les remèdes et détermine
18 l'orientation souhaitable.

19 Si, faute d'entente, cette orientation
20 requiert l'ordre d'un juge parce que des droits
21 sont engagés, c'est encore lui qui amènera l'enfant
22 sur l'autre rive en judiciarisant son cas. En cours
23 d'instance, le rôle du directeur sera aussi central
24 puisque c'est lui qui apporte la preuve au soutien
25 de la demande et qui produira le précieux et le

1 fameux rapport d'évaluation sociale, dont les
2 recommandations sont si cruciales pour le Tribunal.

3 Demandons-nous alors quelle est la posture
4 du Tribunal ainsi appelé à statuer sur la situation
5 de l'enfant et les moyens à prendre pour le
6 protéger. À bonne distance de ce petit qu'il ne
7 connaît pas, en l'absence de contacts
8 interpersonnels ordinaires, le juge assis là-haut
9 n'a que le temps de l'audience pour saisir les
10 enjeux, observer l'enfant et les parents, les
11 entendre sonder les reins et les coeurs. Le
12 directeur qui se tient debout devant lui est à la
13 fois le requérant, le pourvoyeur de la preuve
14 principale et son propre expert. Si l'enfant et les
15 parents contestent la requête, malgré tout son
16 respect pour le directeur, le juge ne doit rien
17 tenir pour acquis en l'écoutant parler, ni lui
18 donner raison a priori du fait de sa science, sous
19 peine de partialité. Car le directeur et le juge en
20 l'instance ne sont pas des partenaires et encore
21 moins des collaborateurs au sens propre. Même si la
22 Loi les met tous les deux au service d'un même
23 objectif : protéger l'enfant en difficulté.

24 Il est raisonnable de penser que le
25 directeur est celui qui est le mieux placé pour

1 établir la cause de la compromission, qu'il a
2 fouillée et analysée, et que sa parole a le poids
3 de l'expertise. Mais il est aussi normal de penser
4 qu'il présentera sa preuve de manière à justifier
5 sa demande. Beaucoup d'éléments pertinents peuvent
6 échapper au Tribunal s'il ne se montre pas un peu
7 curieux et ne porte pas toute son attention sur ce
8 qu'ont à dire les parents et l'enfant en Cour. Mais
9 quoi qu'il fasse, le juge ne saura jamais tout.

10 À la fin, il devra se prononcer sans droit
11 de regard sur la manière dont le directeur
12 exécutera son ordonnance. Par exemple, sur le choix
13 ou la disponibilité de la famille d'accueil ou du
14 centre d'accueil qui recevra l'enfant. Ou sur la
15 nature et le contenu du suivi psychosocial accordé
16 ou sur la gestion des droits de visite octroyés, un
17 sujet très délicat en matière de placement. Il ne
18 sait même pas si, en cas de difficulté majeure, le
19 directeur reviendra en temps opportun devant lui
20 pour rectifier le tir. Les juges ne traversent pas
21 le fleuve. À l'heure de prononcer un jugement qui
22 risque de changer le destin d'un enfant, ils sont
23 seuls et en principe soustraits à ce qui
24 s'ensuivra, car ils ne connaîtront jamais l'effet
25 de leur décision sur la vie de l'enfant.

1 J'ai rendu des centaines de jugements,
2 personnellement, pendant les vingt et une (21)
3 années que j'ai passées au sein de la magistrature
4 et je ne sais absolument rien de ce que ces enfants
5 sont devenus. Cette étanchéité est l'apanage même
6 du pouvoir judiciaire, me direz-vous. Et il faut la
7 préserver pour en fixer les limites. Mais elle a
8 une conséquence à laquelle on pense rarement. Privé
9 de connaître les résultats de son travail, un juge
10 est incapable d'évaluer l'efficacité de ses
11 décisions, l'ampleur de sa compréhension des
12 enjeux, la justesse de son estimation, non plus que
13 les bienfaits et les dommages occasionnés par sa
14 décision. C'est un curieux métier, que celui-là où
15 il est impossible et même peu recommandé d'évaluer
16 son propre rendement en vue de s'améliorer.

17 S'il paraît conforme à la fonction
18 judiciaire de ne rien savoir des petits
19 justiciables qui sont passés devant moi, il est
20 tout de même regrettable que l'impact des
21 ordonnances soit perdu d'un point de vue
22 scientifique. Je ne parle pas ici de jurisprudence.
23 Les jugements écrits, qui sont obligatoires dans
24 toutes les causes, sont là pour être lus. Je parle
25 de l'effet de ces jugements sur la situation réelle

1 des enfants. Combien d'enfants ai-je aidés
2 véritablement? Combien ont profité de leur
3 placement en famille d'accueil et combien ont sorti
4 démolis? Combien d'enfants ont pu trouver une
5 figure d'attachement et combien ont pu réintégrer
6 une famille remise en selle? Combien sont
7 aujourd'hui des adultes heureux ou au moins
8 fonctionnels? Qu'aurais-je pu ordonner qui les
9 aurait protégé davantage? La justice des enfants du
10 Québec tirerait certainement bénéfice du travail de
11 chercheurs chevronnés sur cette question. C'est une
12 idée que je sou mets à la Commission.

13 Aucune... autre lacune. Et celle-là, elle
14 m'a accompagnée pendant toute ma pratique de juge.
15 Rares sont les études sur l'impact du passage de
16 l'enfant devant la Cour, le vrai passage concret
17 devant la Cour. Une expérience toujours
18 traumatisante, en tout cas marquante, même pour un
19 adulte. Trouverons-nous un jour le moyen de lui
20 donner, malgré tout, à ces audiences, une incidence
21 thérapeutique positive? Que faudrait-il changer
22 pour que la rencontre du juge et de l'enfant soit
23 aussi instructive pour le juge, qu'éducative et
24 aidante pour l'enfant?

25 Ce sont autant de questions qui incitent à

1 réfléchir sur le rôle du juge lors de l'audience.
2 Dans certains pays du monde, on s'est préoccupé de
3 cette question et on a inventé d'autres manières de
4 faire comparaître l'enfant devant le Tribunal.
5 C'est un sujet difficile et délicat, le grand défi
6 étant de faire de l'audience un temps et un lieu de
7 communication réelle, sans nécessairement atténuer
8 son caractère judiciaire. On sait combien les
9 enfants sont sensibles aux atmosphères, à des
10 éléments aussi concrets que l'éclairage,
11 l'ameublement de la salle, la répartition des
12 protagonistes dans l'espace, le ton employé,
13 l'ordre procédural suivi. Le climat serait-il -
14 c'est un exemple que je lance à tout hasard, là -
15 le climat serait-il plus engageant, par exemple, si
16 le juge prenait place au même niveau que les
17 parties, au milieu de tables disposées de manière à
18 faciliter l'échange et la réciprocité des regards?
19 Le juge serait-il plus à même de saisir les enjeux
20 en présence et de transmettre sa pensée aux parents
21 et à l'enfant? L'enfant aurait-il moins peur et lui
22 serait-il plus facile de comprendre ce qui se passe
23 autour de lui et comment et pourquoi le juge décide
24 ce qu'il décide? En somme, j'ose poser la
25 question : pourquoi l'exercice de la justice ne

1 pourrait-elle pas exploiter ce que la science nous
2 apprend des enfants en vue d'adapter son
3 fonctionnement à leur capacité? Car à mon sens,
4 tout doit être ramené à l'enfant, sur le fond comme
5 sur la forme. C'est en tout cas l'esprit de
6 l'article 2 de la Loi, qui fait de la protection de
7 l'enfant, dont la sécurité et le développement sont
8 ou peuvent être considérés comme compromis, le
9 grand objectif.

10 Cette centralité de l'enfant apparaît
11 encore plus évidente à l'article 3, selon lequel
12 « toute disposition prise à son sujet doit l'être
13 dans son intérêt et dans le respect de ses
14 droits ». C'est ainsi d'ailleurs que le Tribunal...
15 au Tribunal l'enfant n'est pas une partie comme les
16 autres parties. Dans une cause de Protection, il
17 n'y a pas d'accusé ni de citoyens qui se disputent
18 quelque droit civil. Il y a un enfant victime de ce
19 qui compromet sa sécurité et son développement. Il
20 est le sujet autour duquel tournent toutes les
21 autres parties et il doit sortir gagnant de
22 l'exercice. J'ai l'habitude de dire que seul
23 l'enfant doit gagner sa cause. Ce qui ne signifie
24 pas, par ailleurs, que les parents doivent être
25 traités comme des justiciables de second plan ou

1 peu importants, au contraire. L'article 2.2
2 stipule, sans aucune ambiguïté, que : « La
3 responsabilité d'assumer le soin, l'entretien et
4 l'éducation [...] la surveillance » d'un enfant
5 revient d'abord aux parents, faisant écho au Code
6 civil. Ce principe épouse un axiome reconnu depuis
7 des temps immémoriaux, quoiqu'il ait heureusement
8 perdu de son absolutisme depuis l'époque où les
9 pères choisissaient le métier et le conjoint de
10 leurs enfants.

11 Aujourd'hui encore, le sens commun veut que
12 les parents soient naturellement les personnes les
13 plus susceptibles d'aimer leurs enfants et de leur
14 donner ce qu'il faut pour grandir et se développer.
15 D'aucuns vous diront d'ailleurs que c'est tout
16 simplement la loi de la nature. Malheureusement, la
17 vie fait que certains enfants n'ont pas de tels
18 parents. Et j'en veux pour preuve que la situation
19 de compromission... toutes les situations de
20 compromission émises ou à peu près par la Loi
21 impliquent pratiquement tous les parents à des
22 degrés divers, à titre plus ou moins direct, soit
23 qu'ils soient à la source même de la compromission
24 ou en périphérie.

25 On ne peut pas redresser la situation d'un

1 enfant sans mettre en cause le comportement
2 parentale à tous égards. D'ailleurs, le législateur
3 redit dans plusieurs dispositions la nécessité de
4 les associer rigoureusement avec l'enfant à toutes
5 les étapes du processus afin qu'il contribue à
6 prendre la décision et au choix des mesures. Et
7 puisque les parents sont les premiers responsables
8 de leurs enfants et que tous les enfants du monde
9 aspirent profondément à être élevés par leurs
10 parents, ces dispositions sont inhérentes à la
11 notion même de l'intérêt de l'enfant, prise au sens
12 général.

13 Cependant, les choses apparaissent moins
14 conciliables à l'article 4 de la Loi, qui semble
15 soumettre le principe du meilleur intérêt de
16 l'enfant à l'application du principe de priorité
17 parentale. Les choses... en gros, cette
18 disposition, je vous le rappelle, oblige en effet
19 tous les décideurs, en vertu de la Loi, à tendre au
20 maintien de l'enfant dans son milieu naturel, dans
21 son milieu familial ou, si c'est contraire à son
22 intérêt, dans son milieu élargi, tout en
23 encourageant les parents à assumer éventuellement
24 leurs responsabilités.

25 Tous les placements faits dans le cadre de

1 la Loi sont conditionnés par cette disposition dont
2 la rédaction impressionne par son insistance et ses
3 détails. Ce n'est qu'à la fin, dans un dernier
4 paragraphe, que le législateur concède, pour autant
5 que l'intérêt de l'enfant empêche le retour et le
6 maintien dans le milieu familial, la possibilité
7 d'un placement dans la continuité et la stabilité.
8 Notons au passage que la notion d'attachement de
9 l'enfant à un adulte significatif n'y est
10 aucunement invoquée.

11 Ainsi libellé, cet article en fait hésiter
12 plusieurs lorsque se pose la question du maintien
13 ou du retour d'un enfant en situation de danger.
14 Faut-il en comprendre que le maintien en milieu
15 familial constitue un préalable obligé à toute
16 solution de placement, à court ou à long terme? Car
17 comment vérifier le bien-fondé d'un retour dans la
18 famille autrement que par l'essai dans un contexte
19 le plus souvent incertain parce que,
20 malheureusement, la compétence parentale n'est pas
21 une faculté qui s'acquiert du jour au lendemain.
22 Qu'en est-il aussi des liens d'attachement que
23 l'enfant a pu créer pendant que son parent était
24 dans l'incapacité de l'assumer? Car c'est toujours
25 lui, l'enfant, qui prend le risque et il le paie

1 parfois très cher, comme le démontrent certains
2 événements tragiques encore frais dans nos
3 mémoires.

4 L'enfant n'est pas un objet de droit que
5 l'on peut manier à l'essai. Ses droits ne sont pas
6 conditionnés par ceux de ses parents. Quand un
7 parent qui travaille à s'améliorer tant bien que
8 mal à la faveur de circonstances plus favorables
9 vient réclamer le retour de son enfant, la réponse
10 ne peut dépendre que du bien-être de celui-ci, à
11 court ou à long terme, et non d'un quelconque
12 partage de chances entre ses parents et lui, sur la
13 base de la priorité parentale. Maintenir ou
14 renvoyer un enfant dans un milieu délétère et sans
15 y mettre les conditions appropriées, le retourner à
16 sa souffrance et au combat pour sa survie équivaut
17 à un pur abandon du système, qui ne peut pas être
18 ce que le législateur a voulu dire à l'article 4.

19 Vu le malaise et les tiraillements qu'il
20 occasionne chez les décideurs tant sociaux que
21 judiciaires, peut-être le législateur devrait-il
22 reconsidérer son libellé afin de clarifier l'ordre
23 de prépondérance des principes en cause en faveur
24 de l'enfant.

25 Je m'arrête ici, quoiqu'il y ait beaucoup à

1 dire encore sur la centralité des enfants. Je suis
2 consciente que j'ai posé plus de question que j'ai
3 suggéré de réponses, mais mon but était tout
4 simplement de vous démontrer par où la Loi, dans sa
5 facture actuelle, est faillible et sujette à des
6 rectificatifs. Que faut-il changer? Jusqu'à quel
7 point? Toutes les options reposent évidemment entre
8 les mains du législateur qui en décidera. « Dura
9 lex, sed lex », dit l'adage latin, mais les lois
10 sont au final bien moins dures que le chaos et la
11 destruction qu'elles empêchent. Elles ne sont pas
12 figées comme l'épée dans son métal, mais
13 modulables. Pour le plus grand bien des enfants, il
14 faut veiller à parfaire la Loi sur la protection de
15 la jeunesse. Alors, j'espère humblement que ces
16 quelques pistes de réflexion pourront vous éclairer
17 et vous inspirer. C'est tout ce que je vous
18 souhaite et je vous remercie beaucoup de votre
19 attention.

20 M. HUGUES LÉTOURNEAU :

21 R. Alors, je suis le deuxième. Premièrement, vous
22 remercier pour votre invitation et vous partager
23 aussi que je suis très fier d'être ici donc avec
24 mes collègues que j'ai connus lorsque je pratiquais
25 au Centre jeunesse de Montréal. Alors, dans un

1 premier temps, vous dire que j'ai été trente-six
2 (36) ans au contentieux du Centre jeunesse de
3 Montréal. J'ai participé à plusieurs dizaines de
4 discussions, que ce soit sur les enfants victimes
5 d'abus sexuels, des enfants maltraités, négligés,
6 donc abandonnés, en troubles sévères de
7 l'attachement.

8 Au fil de ces rencontres, j'ai constaté un
9 accroissement du nombre d'intervenants
10 d'appartenances professionnelles différentes auprès
11 de ces enfants. Au nombre de ces professionnels,
12 nous pouvions retrouver des pédiatres, des
13 pédopsychiatres, travailleurs sociaux,
14 psychologues, psycho donc éducateurs. Et, on parle
15 aussi d'infirmières, d'éducateurs, d'enseignants.
16 Cette multiplication de professionnels bien
17 impliqués auprès de l'enfant m'interpellait et
18 m'interpelle toujours sur leur nécessité. J'ai
19 constaté alors que leur présence donc alourdissait
20 les discussions, compliquait la prise de décisions
21 et leur acceptation.

22 Les constats. Je constatais aussi que, plus
23 il y avait de professionnels et plus il était
24 question de l'attachement de l'enfant, et plus les
25 intervenants, donc, invoquaient les difficultés de

1 leurs interventions et de leurs incertitudes quant
2 à leur effet sur le bien-être de l'enfant. Il
3 m'apparaissait y avoir beaucoup de pourquoi et peu
4 de réponses consensuelles.

5 L'individualité des pratiques semblait
6 alors donc entraver l'incorporation des
7 connaissances des autres autour de la table. Pour
8 ma part, je constatais alors ces difficultés de
9 communication entre certains professionnels sans
10 toutefois comprendre le pourquoi. Perceptions
11 différentes, relations de pouvoir desquelles
12 pouvaient découler de l'agressivité et des refus de
13 discuter étaient des hypothèses. Plus le nombre
14 d'intervenants était donc important, plus la
15 gestion de la discussion de cas était laborieuse
16 dans le partage de la vision de la situation de
17 l'enfant, le partage de l'information et
18 l'incompréhension sur le rôle de chacun selon leur
19 appartenance professionnelle, leur lieu de travail
20 et leurs responsabilités.

21 Pour permettre de régler momentanément les
22 différents exposés, la Loi servait souvent de
23 médiatrice. La confidentialité était réglée par la
24 Loi sur l'accès à l'information, la Loi sur les
25 services de santé et de services sociaux et la Loi

1 sur la protection de la jeunesse, le secret
2 professionnel par les codes de déontologie de
3 chacun.

4 Finalement, pour mettre fin à ces
5 discussions, nous regardions les besoins de preuve
6 devant la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse,
7 les responsabilités légales de la Directrice de la
8 protection de la jeunesse, ce qui souvent
9 permettait de mettre fin aux discussions sans
10 toutefois solutionner les dilemmes soulevés par un
11 ordre que la loi qui avait, selon l'avocat que je
12 suis, réponse à tout.

13 Conséquence. Que madame Cleret de Lagavant
14 dans le cadre de sa thèse disait donc, une
15 importance démesurée au droit a pour conséquence
16 d'exclure en partie les questions qu'on qualifie
17 d'éthiques. Dans le cadre de ces discussions et
18 réflexions, j'ai aussi constaté que ces
19 professionnels donc évoquaient peu l'éthique pour
20 se questionner sur leurs actes et les actes des
21 autres, les dilemmes exposés et les mésententes
22 parce qu'il y en avait.

23 Cette utilisation rare de c'est, donc
24 éthique, ce n'est pas éthique m'interpelle sur les
25 valeurs des intervenants - et je sais qu'ils en ont

1 - et leurs préoccupations éthiques face aux
2 dilemmes auxquels ils devaient faire face. Il
3 m'apparaît nécessaire de retenir un élément
4 important de la situation des enfants signalés et
5 leur complexité. C'est pourquoi elle suscite des
6 interventions multiples tant au niveau de leur
7 évaluation que de l'intervention.

8 Cette complexité confronte les cliniciens à
9 la perspective de devoir faire ensemble - et c'est
10 en gros l'objet de ma présentation - et peut
11 susciter des questions au niveau de l'éthique. J'ai
12 voulu explorer sur ce qui les guide et lorsqu'ils
13 ont à travailler avec d'autres pour le bien-être
14 d'un enfant. Ça comprend aussi les gens qui
15 pratiquent le droit.

16 La complexité de la situation d'un enfant
17 signalé. Comment donc abordons-nous cette
18 complexité sans mettre l'enfant à risque qui, plus
19 il est jeune, plus il est vulnérable, plus il est
20 silencieux sur son vécu et plus l'évaluation de sa
21 situation dont son attachement est complexe? Une
22 question se posera sûrement. Donc arrive-t-on trop
23 tard dans la vie de l'enfant? J'ai parfois fait le
24 commentaire. La société donc attend la catastrophe
25 pour intervenir. On en a été témoin à plusieurs

1 reprises.

2 Dès la naissance, le parcours du vécu des
3 parents devrait être donc exploré. Il y a des
4 précédents à cet effet. Les futurs parents ayant
5 des habitudes de consommer des drogues ont fait
6 l'objet d'un projet fort intéressant qui
7 s'intitulait Main dans la main. Il est intéressant
8 aussi de parcourir l'étude de plusieurs chercheurs
9 qui ont regardé la situation de parents ayant vécu
10 des problèmes dans leur passé et ayant eux-mêmes
11 des difficultés comme parents. Alors, plusieurs de
12 ces parents portent ce passé. Et le passé est
13 parfois méconnu dans le cadre d'évaluations et dans
14 le cadre de preuves soumises à la cour.

15 Une autre question qui m'apparaît être très
16 importante, c'est comment définit-on l'enfant? Ces
17 constats, entre autres, nous amènent à nous
18 interroger sur la définition de l'enfant. La
19 situation de ce groupe d'enfants identifiés,
20 signalés nous ramène à la Loi sur la protection de
21 la jeunesse qui définit l'enfant comme une personne
22 de moins de dix-huit (18) ans.

23 Cette représentation légale de l'enfant
24 nous apparaît peu descriptive de la situation
25 sociale et culturelle de l'enfant tel que nous en

1 avons parlé en quelques mots plus haut. Notre
2 recension d'écrits nous a permis de nous recentrer
3 sur la situation unique de l'enfant dans la vie
4 d'une personne. À cet effet, Irène Théry dans son
5 dictionnaire de philosophie et d'éthique considère
6 que l'enfant a toujours été donc institué à la fois
7 comme un être jeune et en tant que fils ou fille
8 de. Cette dualité dans laquelle est l'enfant
9 reflète bien sa vulnérabilité qui peut être donc
10 amenuisée ou donc accrue selon les capacités du
11 parent d'y répondre.

12 Le statut complexe de l'enfant. Les enfants
13 qui font souvent l'objet de l'application du régime
14 de protection découlant de la Loi sur la protection
15 de la jeunesse entrent dans un contexte juridique
16 particulier. Cette loi en vigueur depuis mil neuf
17 cent soixante et dix-neuf (1979) a créé un statut
18 spécial à l'enfant en le reconnaissant sujet de
19 droit. Alors, l'enfant... La Loi reconnaît l'enfant
20 des droits. Par exemple, d'être représenté par
21 avocat, d'accepter ou de refuser, s'il a plus de
22 quatorze (14) ans, donc une entente sur mesure
23 volontaire, au même titre que ses parents. Madame
24 Durand-Brault vous a fait... c'est une énumération
25 que je ne reprendrai pas.

1 Mais mon intérêt porte particulièrement sur
2 les intervenants cliniciens ne sont pas juristes,
3 mais ils sont constamment préoccupés par le respect
4 des ordonnances ou des ententes sur mesures
5 volontaires. Cette situation se comprend, puisque
6 s'il y a constat du non-respect du processus légal
7 ou judiciaire par les intervenants, le tribunal
8 pourrait déclarer que les droits de l'enfant sont
9 lésés et d'exercer son pouvoir de corriger la
10 situation en interpellant, entre autres, les
11 intervenants.

12 Aussi les intervenants peuvent-ils craindre
13 que leurs actions soient mises en question ou en
14 cause et d'hésiter dès lors à s'accorder
15 l'autonomie, pourtant requise par la nature de
16 leurs interventions? Champy en deux mille neuf
17 (2009) s'est beaucoup préoccupé de la
18 professionnalisation, citait, dans les cas, par
19 exemple, d'assistante sociale cherchant à protéger
20 des enfants en danger, le contrôle hiérarchique et
21 les contraintes donc économiques sont telles que
22 les tensions provoquées par la complexité et la
23 singularité des cas traités semblent devoir être
24 vécues plus sur le mode de l'impossibilité de mener
25 le travail à bien que comme source de liberté.

1 Alors, quelle est la latitude que les
2 intervenants sociaux peuvent avoir en contexte
3 d'application de la Loi sur la protection de la
4 jeunesse? Cette conscience de la dépendance des
5 enfants est particulièrement matérialisée pour
6 l'enfant maltraité et négligé face à son lien
7 paradoxal avec son parent maltraitant ou négligent
8 qui, selon... Et je pense que le docteur Gauthier a
9 comparu devant vous ce matin, je crois. Alors, je
10 voudrais juste citer un petit passage du livre de
11 Gauthier, Fortin et Jeliu :

12 Ne peut faire donc autrement que
13 s'attacher à lui. Il n'a pas d'autres
14 solutions. Et c'est quand même ce seul
15 parent qui est là le plus souvent pour
16 répondre à ses besoins. Comment faire
17 pour éviter le silo juridique pour
18 aller vers une approche plus globale
19 de la situation de l'enfant?

20 Et je pense que c'est une des questions que vous
21 devrez répondre, j'en suis convaincu. Il y a
22 plusieurs recherches que je cite dans mon texte. Je
23 vais passer quelques-uns, mais j'en retiens un. Les
24 chercheurs s'entendent qu'une telle complexité
25 vécue par l'enfant requiert donc une approche

1 globale puisque la théorie de l'attachement... En
2 deux mille six (2006), nous avons comparu devant la
3 commission parlementaire, et Michel Lemay, un très
4 grand pédopsychiatre, plaidait pour que
5 l'attachement soit présent à toutes les étapes de
6 l'évaluation et de l'intervention. Et on sait qu'il
7 y a eu quelques amendements qui ont été faits. Mais
8 on pourrait rediscuter de leur application.

9 Alors, puisque la théorie de l'attachement
10 donc utilisée avec précision et souplesse dans le
11 cadre d'une approche globale visant à promouvoir le
12 bien-être des enfants peut donc apporter une
13 importante contribution à l'amélioration du devenir
14 des enfants.

15 Comment donc éviter que l'enfant soit
16 traité comme un objet dans cette complexité? Sujet
17 de droit et donc objet en mil neuf cent soixante et
18 dix-neuf (1979), ça a été un des grands sujets
19 traités par plusieurs juristes. Et je m'interroge
20 encore si l'objet de droit n'est pas très près de
21 l'enfant lorsqu'on traite l'enfant dans le cadre de
22 la Loi sur la protection de la jeunesse. Je vous
23 partage ma réflexion.

24 Devant tant d'incertitude, faisons-nous
25 vraiment des différences entre l'enfant sujet de

1 droit et l'enfant donc objet de droit? Les
2 intervenants sont confrontés à une multitude
3 d'éléments s'inscrivant dans le temps de l'enfant,
4 et conséquemment, ils doivent se mettre en garde
5 des risques de traiter l'enfant comme un objet pour
6 éviter les conséquences telles qu'exposées par
7 Morin. L'objet est le connaissable, le
8 déterminable, l'isolable et, par conséquent, le
9 manipulable. Il détient la vérité donc objective.
10 Et dans le cas, il est tout pour la science, mais
11 manipulable par la technique, il n'est rien.

12 Le sujet est l'inconnu. Donc inconnu parce
13 qu'indéterminé, parce que miroir, parce
14 qu'étranger, parce que totalité. Quand on fait des
15 preuves, on morcelle, on va vers des faits, on
16 essaie d'objectiver. Notre façon d'aborder souvent
17 ces situations-là nous amène vers l'objet de droit.
18 Et je pense que c'est une des réflexions qui doit
19 être faite.

20 Les caractéristiques de vulnérabilité et de
21 dépendance de l'enfant seraient porteuses
22 d'incertitudes. Et ces incertitudes sont amplifiées
23 pour les intervenants, à qui on demande de plus en
24 plus d'évaluations sophistiquées. Cette dépendance
25 propre à l'enfance est aussi porteuse de dilemmes,

1 tels que protéger, ne pas protéger, par qui ou à
2 l'exclusion de qui. L'exercice de cette
3 responsabilité peut être à son tour partagé en
4 partie par les parents, par les intervenants ou
5 d'autres personnes dans l'environnement de
6 l'enfant.

7 Ces incertitudes qui deviennent des
8 dilemmes. Ces incertitudes que nous pourrions aussi
9 nommer dilemmes ont aussi été constatées à
10 plusieurs reprises par des chercheurs. Et force
11 leur est de constater les difficultés d'évaluer les
12 capacités d'un parent, d'établir une relation
13 sécurisante avec son enfant et les risques qu'un
14 enfant développe des troubles réactionnels de
15 l'attachement.

16 Pour faire face à un tel défi, il faudrait
17 aller vers l'interdisciplinarité puisqu'il serait
18 nécessaire de passer d'une pratique en silo à la
19 pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité. Cette
20 façon de faire suscite de la collaboration, permet
21 d'augmenter la sécurité chez les intervenants et
22 les parents et favorise une plus grande sensibilité
23 dans les équipes médicales et soignantes. Ce qui a
24 permis de passer d'une juxtaposition
25 d'interventions à de la complémentarité.

1 Cette collaboration permettrait d'éviter le
2 contexte de l'intervention de chacun, partagée et
3 parfois tiraillée entre le cadre légal,
4 déontologique et clinique, qui peut donc isoler les
5 intervenants les uns des autres pour créer des
6 tensions lorsque les décisions de l'un ont des
7 impacts sur les interventions des autres.

8 Ces tensions importantes peuvent s'exprimer
9 lors de discussions de cas convoquées par la
10 Direction de la protection de la jeunesse. À cette
11 occasion, l'un pourra décider de la sécurité ou du
12 développement de l'enfant alors qu'il n'en a pas la
13 responsabilité légale, alors qu'un autre voudra
14 décider de l'intervention comme si elle était la
15 seule possible alors qu'il est reconnu que la
16 situation de l'enfant nécessite plusieurs
17 intervenants autour de lui.

18 Cette conjoncture expose les individus aux
19 règles et les confronte les uns les autres à leur
20 autonomie professionnelle. Ils risquent bien sûr
21 une triangulation. Mais tous ne perçoivent pas
22 cette complexité et plusieurs semblent continuer à
23 exercer leur autonomie professionnelle en silo. Un
24 obstacle à cette collaboration.

25 Au Québec, l'application de la Loi sur la

1 protection de la jeunesse, le débat contradictoire
2 devant la cour suscitent des discordances entre les
3 interventions sociales et judiciaires. L'instance
4 judiciaire. La Cour du Québec, Chambre de la
5 jeunesse, devant laquelle un passage est obligé
6 dicte des règles de fonctionnement traditionnel
7 différentes de l'intervention sociale. L'étudiante
8 Ricard en deux mille treize (2013) constatait
9 l'antithèse entre ces deux niveaux et qu'elle
10 résumait ainsi :

11 En bref, le système contradictoire
12 tend à nier la perspective
13 relationnelle dans laquelle s'inscrit
14 la nouvelle mouture de la Loi sur la
15 protection de la jeunesse.

16 À ce moment-là, on parlait des conférences de
17 règlement à l'amiable et comment on pouvait s'en
18 servir devant la cour.

19 En plaçant les diverses parties en
20 situation d'opposition, que ce soit
21 l'opposition formelle des deux parties
22 principales ou par la participation de
23 témoins, le tribunal tend à faire
24 abstraction de l'importance et souvent
25 de la fragilité des liens qui unissent

1 ces différentes personnes. La
2 résolution de la situation
3 problématique en protection de la
4 jeunesse passe bien souvent par la
5 reconstruction de liens de confiance
6 et le respect de liens donc affectifs
7 déjà présent. Cette réalité est une
8 des pierres d'assise de l'approche
9 théorique relationnelle. Il faut
10 voir...

11 elle concluait comme suit,

12 ... que le système contradictoire est
13 généralement plus compatible avec une
14 conception libérale de l'individu
15 qu'elle est une conception
16 relationnelle.

17 Ainsi, l'auteur motive les acteurs qui sont
18 impliqués dans la loi donc à adopter de nouvelles
19 méthodes de justice alternatives dont l'utilisation
20 donc adéquate pourrait peut-être donc éviter de
21 briser les liens de confiance nécessaires entre les
22 parents d'enfants et les intervenants.

23 Le débat contradictoire tel qu'appliqué
24 depuis l'entrée en vigueur de la Loi est-il
25 toujours pertinent? Est-il devenu à risque pour la

1 relation de confiance entre la Direction de la
2 protection de la jeunesse, l'enfant, ses parents et
3 le milieu?

4 En deux mille seize (2016), comme
5 gestionnaire d'une équipe d'avocats, nous devons
6 gérer plus de six mille (6 000) auditions au Centre
7 jeunesse de Montréal par année. Comment le débat
8 contradictoire préoccupé par la vérité judiciaire
9 peut-elle donc inclure la vérité sociale, médicale,
10 éducative et la vérité de l'enfant et de ses
11 parents?

12 L'avocat donc éthicien vous partage son
13 interrogatoire pour la pédopsychiatre et
14 psychanalyste suisse Poizat dans une situation
15 complexe. Il faut donc éviter la multiplication
16 d'intervenants demeurant dans sa propre logique
17 médicale, sociale et donc institutionnelle puisque
18 ces professionnels risque alors de minimiser la
19 complexité de la situation de l'enfant. Mais
20 comment faire?

21 Des auteurs dans les années deux mille
22 (2000) et deux mille dix (2010), dont un que j'ai
23 retenu pour cet après-midi, Perrier-Genas, nous
24 donnaient un cadre, comment protéger l'enfant dans
25 le cadre d'interventions. Le premier point donc

1 qu'ils écrivaient :

2 L'attitude du professionnel qui
3 consiste à placer le parent en place
4 de parent et le garder à cette place;
5 l'importance de la prise en compte des
6 émotions de l'enfant, des parents et
7 du professionnel; l'urgence pour les
8 professionnels de se relier, c'est-à-
9 dire de se lier, de s'articuler dans
10 la complémentarité et d'éviter de
11 substituer les uns aux autres avec
12 parfois en arrière-plan des jugements
13 de valeur; les points de sécurité
14 nécessaires du professionnel qui doit
15 pouvoir trouver dans son équipe ou
16 dans son réseau.

17 Pour être délibératoire, une discussion... J'ai
18 travaillé sur cet aspect-là dans le cadre de
19 l'éthique. Une discussion de cas devrait mener à
20 une délibération collective. Et pour y arriver, les
21 professionnels participant à la discussion de cas
22 devront être en mesure selon les auteurs de dégager
23 les différentes options possibles avec leur
24 argumentation et leur contre-argumentation, en
25 essayant de n'en oublier aucune, pour en arriver à

1 une décision établissant la responsabilité de
2 chacun pour mieux faire ensemble, ainsi favoriser
3 la conjugaison du savoir-faire et savoir-être entre
4 les professionnels pour améliorer même modestement
5 l'accompagnement des enfants et des familles.

6 Une responsabilité qui devrait aller au-
7 delà du juridique. Cette façon de faire permettrait
8 à ces professionnels aux mandats différents,
9 parfois même contradictoires, d'être conscients de
10 la complexité de l'intervention de laquelle peuvent
11 découler des incertitudes. Par exemple, le parent
12 pourra s'interroger, suis-je un bon parent, ai-je
13 fait ce qu'il fallait faire? Les intervenants
14 pourront aussi s'interroger sur leur façon de
15 faire, est-ce que je respecte la loi, ma
16 déontologie, est-ce à moi à faire cette
17 intervention, puis-je en faire plus ou est-ce que
18 j'en fais trop? Les personnes près de l'enfant
19 peuvent aussi s'interroger sur le moment où elles
20 ont fait le signalement. Sont-ils dans le
21 posteriori ou dans la priori?

22 Ces questionnements sur les devoirs
23 accomplis, non accomplis génèrent l'interrogation
24 sur la responsabilité de chacun d'agir ou de ne pas
25 agir et permettent de faire ressortir des conflits

1 latents entre ces personnes. Par exemple,
2 l'intervenant peut décider que la négligence n'est
3 pas assez grave pour décider que la sécurité ou le
4 développement de l'enfant est compromis. Pour une
5 raison d'expertise, de connaissance, il ne perçoit
6 pas les troubles de l'attachement qui affectent cet
7 enfant qui, pour un psychologue ou un
8 pédopsychiatre, sont évidents et découlent de la
9 négligence parentale grave.

10 Ainsi, l'absence de dialogue entre les
11 professionnels place chacun dans un silo qui
12 minimisent la responsabilité collective à l'égard
13 de l'enfant, et peuvent donc aggraver la situation
14 de l'enfant jusqu'à mettre sa vie en péril. Dans
15 ces interventions (inaudible), tous auront la
16 perception d'avoir, donc assumer leur
17 responsabilité dans le sens juridique, alors que,
18 selon Doucet, il est nécessaire de distinguer la
19 responsabilité légale de l'éthique de la
20 responsabilité. Et, là, il cite Bouquet :

21 Le mot « responsabilité » vient du
22 latin « respondere » qui veut dire
23 répondre, être responsable, c'est
24 apporter son concours à une autre
25 personne, ce qui suppose fraternité et

1 solidarité, une relation donc éthique,
2 dans la solitude de l'enfant et de ses
3 souffrances dont on l'afflige et l'en
4 protéger pour lui assurer son
5 développement.

6 Merci.

7 LA PRÉSIDENTE :

8 Merci. Je vous en prie.

9 M. CLAUDE BILODEAU :

10 R. Alors, merci à la Commission et à madame la
11 présidente de m'avoir invité et pour me permettre
12 de vous exposer certaines idées. Alors, je serai
13 bref. J'ai choisi sans trop élaborer de rappeler la
14 récurrence de plusieurs problèmes et de suggérer
15 quelques pistes qui, à mes yeux, méritent d'être
16 considérées.

17 La Loi sur la protection de la jeunesse
18 constitue depuis son implantation une excellente
19 loi et un apport majeur pour les droits des enfants
20 et leur place dans la société. Le système de la
21 DPJ, comme on se plaît à le qualifier, est loin de
22 se révéler une faillite. Au contraire, supportée
23 par des intervenants, des professionnels, des
24 cadres, des chercheurs et des établissements
25 engagés, il a permis des avancées considérables

1 malgré les moyens et les ressources qui, souvent,
2 lui faisaient défaut pour maintenir les standards
3 de pratique au diapason, il a permis des avancées
4 considérables malgré les moyens et les ressources
5 qui, souvent, lui faisaient défaut pour maintenir
6 les standards de pratique au diapason de nos
7 connaissances et de nos expériences.

8 Nous savons quoi faire, mais donnons-nous,
9 à ce système et à ceux qui l'animent, tous les
10 outils nécessaires pour réussir. Les redditions de
11 compte que nous exigeons des intervenants, des
12 cadres et des établissements mesurent-ils les
13 bonnes cibles? Est-ce qu'on fait des redditions
14 administratives? Faudrait-il plutôt faire des
15 redditions de comptes cliniques et voir les impacts
16 sur les problématiques des jeunes?

17 La loi et les travaux qu'elle a
18 occasionnés, à travers les années, ont permis des
19 avancées certaines. D'une part, à travers les
20 groupes de travail, et d'autre part, sur certaines
21 notions très importantes, aujourd'hui : mentionnons
22 les rapports Harvey et Jasmin, le rapport
23 Gendreau-Tardif sur l'état de la réadaptation au
24 Québec en quatre-vingt-dix-huit (1998), les forums
25 intersectoriels de l'Association des centres

1 jeunesse sur l'abandon, les abus sexuels, la
2 négligence et les troubles du comportement, le
3 développement de plusieurs approches et programmes
4 plus spécifiques pour venir en aide aux enfants
5 selon les différents types de problèmes, le rapport
6 *Un Québec fou de ses enfants*, Camile Bouchard et
7 les avancées qu'il a permises, en petite enfance et
8 encore aujourd'hui, et ça, depuis les années
9 quatre-vingt-dix (1990), la notion du temps chez
10 l'enfant, la notion de projet de vie pour l'enfant
11 et les travaux autour de la théorie de
12 l'attachement qu'on vous a entretenus longuement ce
13 matin.

14 Nos connaissances continuent de progresser.
15 Maintenant, le réseau présente des problèmes
16 récurrents depuis des années et des années. Les
17 listes d'attente à l'évaluation, c'est assez
18 dramatique de pas savoir qui attend au juste. Au
19 moins, après l'évaluation, on sait qui attend.
20 C'est pas mieux, la liste d'attente à la prise en
21 charge - on pourra en parler, mais je vous dirais,
22 c'est déjà une étape de franchie. Mais je pense que
23 comme société, on a les moyens d'éliminer les
24 listes d'attente à l'évaluation et à la prise en
25 charge par, oui, des ressources additionnelles,

1 mais aussi par des moyens ou des artifices qui vont
2 faire que dès que la décision est prise, il y a des
3 premiers contacts rapides, et que la famille sente
4 que la DPJ s'en occupe, que la DPJ est là, même si
5 tous les processus sont pas terminés.

6 Rapidité, intensité, continuité, stabilité.
7 Depuis des années, on parle de ça. À chaque
8 colloque, à chaque... l'importance de ça pour
9 qu'une intervention soit efficace. Des concepts
10 importants et constamment réaffirmés, la réalité
11 est souvent tout autre. Ce sont des concepts que
12 s'ils ne sont pas respectés font vivre aux familles
13 et aux jeunes des moments excessivement difficiles,
14 qui sont pas toujours connus; le roulement de
15 personnel important, la difficulté de recruter
16 travailleurs sociaux, psychoéducateurs; travailler
17 en LPJ, c'est pas très couru, c'est pas très
18 « glamour»; les clauses syndicales qui posent
19 problème pour la dotation de postes, pour
20 l'organisation des horaires dans les internats ou
21 pour mieux répartir l'expérience, il faudrait
22 s'attaquer à ces problématiques-là.

23 Je me dois de mentionner également, qu'en
24 adaptant la LPJ, en soixante-dix-neuf (1979), nous
25 avons échappé les dix-huit-vingt et un (18-21) ans.

1 C'est là un aspect qui serait important de
2 reconsidérer ou de considérer, pour le moins, parce
3 que lorsqu'un jeune atteint dix-huit (18) ans puis
4 qu'il fait partie de nos services, à dix-huit (18)
5 ans, il est pas devenu un être autonome et sans
6 fragilité. Il continue à avoir des fragilités, il
7 faudrait qu'il puisse bénéficier d'un support pour
8 passer, dans un délai un petit peu plus long que
9 les autres, à l'âge adulte.

10 Autre élément qui influence directement la
11 qualité du système : la formation de base des
12 intervenants, théorique et pratique, ne rencontre
13 pas les milieux de Protection de la jeunesse. La
14 formation est trop générale et vise souvent une
15 variété de milieux et de clientèles, mais c'est pas
16 assez spécifique, alors qu'il y a des professions
17 qui sont nées, je parle, entre autres, de la
18 psychoéducation, pour former des intervenants. Ce
19 n'est plus le même agenda, disons, que c'est une
20 formation qui doit viser plus large, mais on perd
21 des choses. Il faudrait voir comment on récupère
22 ça, qui est responsable de ça et comment on va s'y
23 adresser.

24 La diminution importante des stages
25 pratiques à travers les années, dans leur intensité

1 et leur contenu. Un stage, c'est l'équivalent de
2 l'internat pour un médecin. Des stages qui n'ont
3 pas lieu ou qui sont pas assez longs ou qui sont
4 pas intensifs, dans le milieu de l'intervention
5 sociale, ça a comme résultat que l'intervenant est
6 pas prêt, quand il sort. Il sait pas. Il sait pas
7 comment faire.

8 En intervention sociale, particulièrement
9 en LPJ et en réadaptation, la qualité de la
10 relation d'aide, entre un intervenant et un enfant
11 et sa famille, est déterminante. C'est l'outil
12 premier de l'intervenant. La capacité pour un
13 intervenant d'établir une relation professionnelle
14 d'influence et significative et la mettre au
15 service de la situation d'un enfant et de ses
16 parents, quelles que ce soient leurs
17 problématiques, demeure une compétence capitale
18 qu'il faut développer. Ce n'est pas toujours inné.
19 Plus naturelle chez certaines personnes, elle se
20 révèle être la conjonction de trois savoirs : le
21 savoir de la connaissance, le savoir-faire et le
22 savoir-être. Tout le monde convient de cela, tout
23 le monde est d'accord là-dessus, mais encore
24 faut-il s'en préoccuper, autant au moment de la
25 formation de base que dans les milieux de pratique,

1 il y a pas beaucoup de moyens précis pour assurer
2 le développement du savoir-être, notamment.
3 Savoir-faire, oui.

4 Conséquemment, l'encadrement et la
5 supervision clinique des intervenants doivent se
6 faire de façon stable et être axés sur des mentions
7 cliniques de l'intervention, particulièrement
8 durant les premières années de pratique. Le
9 « monitoring » de nos actions, dans le cas à cas,
10 constitue aussi un outil d'approfondissement et de
11 développement professionnel important.

12 Des freins systématiques au développement
13 et à l'amélioration des services. Prendre la
14 véritable mesure de la réalité, accepter de nommer,
15 de reconnaître les problèmes. Souvent, on ne le
16 fait pas; il faut faire attention pour pas déplaire
17 au ministère, il faut faire attention pour pas
18 déplaire à la direction, aux dirigeants, les
19 politiciens, c'est faire attention parce que s'ils
20 admettent un problème puis ils sont pas capables de
21 le régler... Bon.

22 Alors, tout problème qu'on veut attaquer
23 commence par notre capacité de le nommer, de le
24 décrire et de l'accepter. Ça veut pas dire qu'on
25 est capable de régler ça en peu de temps, que ça

1 prendra pas des années, mais au moins le
2 reconnaître, donner des cibles précises et un plan
3 de match, ça serait déjà lancer de grands signaux.

4 Le manque de ressources, évidemment, c'est
5 un peu un frein au développement. Les résistances
6 commandées par des intérêts corporatifs de toutes
7 sortes à travers les années, entre les professions,
8 entre les établissements, entre le réseau de
9 services, entre les réseaux de services, milieux
10 syndicaux, milieux communautaires, milieux de
11 formation, ordres professionnels, entre directions
12 d'une même organisation, et caetera. Souvent, ce
13 qui nous empêche de bouger, c'est ce que j'appelle
14 « des attitudes corporatistes », c'est-à-dire :
15 oui, il faut changer, mais l'autre devrait changer;
16 nous, ça va bien.

17 Les structures ne sont pas neutres. Elles
18 peuvent favoriser ou ralentir le développement et
19 la créativité. Alors qu'on aura déterminé ce que
20 l'on souhaite, quand vous aurez déterminé, comme
21 Commission, ce qui est souhaitable, il faudra
22 considérer sérieusement la question des structures.
23 C'est pas la première chose à faire, mais pour
24 l'instant, tout vient du ministère, et cette
25 instance ne crée pas de la connaissance et de

1 l'expérience. Il peut soit tout ralentir au mieux,
2 permettre que les choses se passent. Alors,
3 l'important, ça va être de considérer les
4 structures, et si on pense qu'elles ne sont pas
5 adéquates pour assurer les moyens d'établir des
6 bons services et assurer leur développement, qu'on
7 les modifie ou qu'au moins, sans les modifier,
8 qu'on puisse ajouter des prescriptions qui vont
9 faire que le résultat serait le même.

10 Pourquoi revenir sur les problèmes et les
11 irritants? Je crois sincèrement que le changement
12 ne viendra pas d'une soudaine révélation, mais bien
13 de notre volonté et notre capacité de vouloir
14 éliminer ces entraves, après avoir choisi ce que
15 nous souhaitons, pour le demain des services aux
16 enfants, aux jeunes et à leurs familles.

17 Un système de protection élargi, plus
18 sensibilisé et impliqué, puis un système DPJ qui
19 doit reprendre tout son sens, sa place et, surtout,
20 ses moyens.

21 Rôle du DPJ : je pense qu'il serait
22 important de conserver ce qu'on appelle « la
23 personnalisation du rôle de la DPJ dans la loi ».
24 Pour moi, en tout cas, ça a été une avancée
25 majeure, au Québec, que d'être capable de

1 personnaliser ce personnage-là dans la loi. Il doit
2 être perçu comme figure d'autorité sociale dans
3 sa région et constituer une voix forte pour les
4 enfants en difficulté. Qui est le mieux placé, avec
5 l'ensemble de ce qui est traité, pour être capable
6 de refléter à la société et aux communautés les
7 problèmes importants qu'ils ont? Pas le seul, mais
8 c'est le seul à avoir ce regard-là.

9 Toujours associé à la notion de protection,
10 celui d'assurer le développement des enfants. On
11 parle de la loi « protection » ou « développement »
12 et/ou « développement », il y en a qui considèrent
13 que c'est un peu la même chose, d'autres non, bon.
14 C'est assez... Dans certains alinéas, t'assures la
15 protection puis, bon, ça va. Mais très souvent, on
16 s'occupe du développement. On le dit, mais on s'en
17 occupe pas nécessairement au sens où on peut
18 l'évaluer. La petite enfance ou plus tard, donc,
19 pour être capable de vraiment, à l'étape du choix
20 des mesures, d'être capable de donner des
21 prescriptions pour assurer, s'il y a des retards,
22 de les combler, et s'il y a pas de retards, qu'on
23 puisse s'assurer que l'enfant va pouvoir continuer
24 à se développer avec les moyens que la société
25 offre d'une façon optimale.

1 Un système élargi de protection. Dans
2 chacune des régions du Québec, moi, je dis : des
3 communautés, leurs institutions, leurs organismes,
4 incluant la DPJ, regroupés dans un objectif de
5 développement optimal de tous les enfants et les
6 jeunes, et agissant en complémentarité avec eux,
7 selon leur mission respective, autour et dans les
8 milieux où vivent les enfants et les jeunes,
9 c'est-à-dire en lien avec les CPE, les écoles, les
10 organismes communautaires, et caetera. Ces
11 partenaires sont souvent regroupés et travaillent
12 déjà auprès de tous les jeunes de leur milieu,
13 incluant des jeunes en difficulté et qui présentent
14 souvent des vulnérabilités semblables à ce qu'on
15 retrouve en Protection de la jeunesse. Tantôt en
16 amont, ils travaillent avec ces jeunes-là, tantôt
17 en aval, ou tantôt comme membres ou comme
18 partenaires d'une mesure ordonnée par la DPJ ou
19 décidée par la DPJ.

20 Donc, pourquoi franchir un pas de plus?
21 Dans une approche globale, il pourrait constituer,
22 aussi, de l'expertise au moment des choix de
23 mesures, que d'autres réseaux appellent le moment
24 de « l'allocation de services requis ». Alors, ça
25 pourrait aussi réunir ces gens du milieu-là, parce

1 qu'ils offrent des services, ils ont des
2 perceptions, et caetera, ils pourraient être un
3 apport.

4 Un système de DPJ plus efficace, des
5 décisions rapides à toutes les étapes, une approche
6 globale de la situation et de
7 l'interdisciplinarité. Intervenants aux dossiers,
8 oui, mais appuyés par une équipe interdisciplinaire
9 capable d'intervenir à toutes les étapes : RTS,
10 évaluation, orientation, prise en charge, soit pour
11 une situation particulière, soit dans le cadre de
12 vérifications de faits, mais aussi pour assurer
13 cette espèce de rapidité, intensité et stabilité,
14 assurer un premier contact. Même si les processus
15 sont en cours, il y a des gens qui se manifestent
16 et qui peuvent être présents auprès des enfants ou
17 de la famille. Une équipe multidisciplinaire
18 disponible, selon les cas, pour statuer pour la
19 compromission et/ou les choix de mesures, seraient
20 évidemment, je pense, des choses à faire.

21 Autre élément à considérer : un processus
22 adapté pour les tout-petits en Protection de la
23 jeunesse et vis-à-vis les Tribunaux, un processus
24 judiciaire moins confrontant pour les parents et
25 les intervenants. Ça a été nommé. C'est assez

1 compliqué pour le DPJ de devoir faire la preuve de
2 l'incapacité parentale puis être celui qui, le
3 lendemain du jugement ou de l'ordonnance, que c'est
4 lui qui va aider, c'est assez compliqué. Donc, il y
5 a moyen d'adoucir ça.

6 Des mécanismes de concertation et de
7 développement, aux plans régional et provincial,
8 touchant tous les acteurs du système PJ, donc
9 redonner à ce réseau-la ses moyens de se
10 développer, tant aux plans régional que provincial.

11 Une révision des besoins de formation, et
12 en revoyant les responsabilités des maisons
13 d'enseignement, le contenu des formations et les
14 stages et les liens de complémentarité avec les
15 milieux de pratique. Un réseau de familles
16 d'accueil soutenu, partenaire de l'intervention.
17 Intervenir en LPJ demeurera toujours un travail
18 très délicat, exigeant, doigté et compétence.

19 Dans toute décision concernant notamment la
20 problématique de négligence, nos décisions
21 comporteront une part importante de risque ou d'un
22 bord ou de l'autre. Nous ne pouvons pas nous
23 engager à réussir toujours, mais nous devons nous
24 engager, en tant que société, à mettre toutes nos
25 connaissances et nos ressources au service de la

1 situation de l'enfant et de sa famille. Nous
2 pouvons faire beaucoup mieux. Merci.

3 VOIX FÉMININE NON IDENTIFIÉE :

4 Alors, bonjour. Je vous remercie de m'avoir
5 invitée, et j'espère qu'il y aura encore assez de
6 concentration pour moi. Il faut recycler vos
7 circuits neuroniques. Je vais essayer d'être... Ça
8 va être résolument clinique, cette fois-là, et ça
9 va peut-être recouper beaucoup de choses qu'a dites
10 la docteure Gauthier, de sorte que voyons-le comme
11 un récapitulatif qui va peut-être vous reposer.

12 Je suis psychologue, maintenant retraitée
13 depuis un temps très lointain. Avant la
14 promulgation de la *Loi sur la Protection de la*
15 *jeunesse*, en soixante-dix-neuf (1979), alors que
16 l'enfant était enfin reconnu sujet de droit, j'ai
17 débuté à la Clinique de l'enfant et de la famille,
18 à la Cour de bien-être social, c'est vous dire.

19 Nous, à l'époque, psychologues,
20 criminologues, psychiatres, étions la clinique du
21 juge, avec lequel nous faisons équipe. Madame
22 Brault était aussi des nôtres. Les avancées du
23 droit de l'enfant ont remodelé l'offre de services,
24 et j'ai poursuivi cette expérience clinique à la
25 Direction de la protection de la jeunesse. Tout

1 cela fait plus de trente-deux (32) ans.

2 Il faut comprendre de mon intervention que
3 ma pratique de psychologue s'adressait aux besoins
4 d'intervention dans les situations complexes. Je
5 vais attirer votre attention plus particulièrement
6 sur les tout-petits, sur certaines considérations
7 de pratiques cliniques qui m'ont taradée auprès
8 des plus vieux. Je vais relayer certains aspects du
9 vécu des enfants et aussi ce que vivent ceux à qui
10 l'on confie une mission à haute teneur toxique. Je
11 vais aussi vous partager ce que je comprends du
12 soutien clinique et, au fil de l'écriture, des
13 apartés sont venus, qui apparaîtront peut-être de
14 la dispersion de pensée, mais ils vous seront
15 peut-être utiles, en tout cas, j'avais besoin de le
16 dire.

17 La fonction de soutien clinique a constitué
18 une grande partie de l'essence de mon travail.
19 J'avais le rôle de soutenir ceux qui soutiennent le
20 développement et la restauration des enfants,
21 sachant qu'il n'y a pas de restauration possible
22 d'un être humain, pas de dissolution de la détresse
23 et de reprise de l'estime de soi, sans la rencontre
24 d'avec au moins une personne qui a tenu la
25 relation, résisté aux attaques et apprécié votre

1 aide.

2 Le sens du temps, chez l'enfant, il est
3 découlant. Les liens affectifs se construisent dans
4 la durée, ils sont le socle du développement tant
5 cognitif qu'émotionnel. Ils s'inscrivent dans le
6 temps de la présence, de figures parentales
7 sécurisantes, ils s'atténuent et se défont dans
8 l'absence et, surtout, ils s'établissent de façon
9 pathogène quand l'enfant n'a pas accès à des
10 repères affectifs bienveillants et stables en temps
11 opportuns.

12 Dans ces situations gravissimes de
13 négligence et d'abus, la quête inassouvie de
14 sécurisation vous rend l'enfant à un intrinsèque
15 esseulement. L'enfant erre dans le vide de son
16 espace psychique et physique déserté, une errance
17 rejouée, parfois, en itinérance à l'âge adulte. Les
18 temps perdus dans l'inconnu de l'attente d'une
19 décision, les temps des délais administratifs et
20 des délais justicières, qui font l'éternité des
21 transitions sont des temps d'anxiété délétères.
22 Nous créons le péril du non-attachement peu
23 réversible lorsqu'il n'y a pas de continuité
24 relationnelle, mais une succession de moments avec
25 une succession de personnes.

1 Les temps opportuns en protection des
2 enfants sont à considérer comme éléments
3 fondamentaux du développement humain. Nous devons
4 nous mettre à l'heure de l'horloge psychique de
5 l'enfant et répondre au sens du temps vécu par lui,
6 auquel le système, qui a la mission de le protéger,
7 doit s'ajuster. Des efforts majeurs d'ajustement à
8 l'avancement des connaissances sur les conditions
9 du développement de l'enfant, en lien avec
10 l'attachement, ont été faits par les amendements
11 sur la stabilisation et la permanence des liens. Je
12 les salue. Toutefois, ces connaissances se heurtent
13 trop souvent à l'idéologie du lien naturel, la
14 croyance tenace que le lien biologique et génétique
15 est indiscutablement garant du mieux-être d'un
16 enfant et que, sinon dans l'immédiat, il le
17 deviendra éventuellement, dans un avenir plus ou
18 moins rapproché. Une théorie toute personnelle qui
19 oublie que la valeur d'un lien n'existe pas en
20 soit.

21 Il y a des liens positifs qui fournissent
22 un étayage indispensable au développement psychique
23 de l'enfant et lui permettent d'organiser son monde
24 interne. Il existe des liens négatifs traumatiques
25 qui sont sources d'excitations violentes, brusques,

1 prématurées; bref, gravement désorganiseurs, et
2 qui ne permettent que l'établissement pathologique
3 d'attachement.

4 Qui que nous soyons, quelle que soit notre
5 fonction dans ce système de l'enfance traumatisée,
6 nous avons tous été enfants. On voit le monde tel
7 qu'on l'éclaire. La plupart d'entre nous n'a pas
8 connu les traumatismes de la violence physique,
9 l'effroi qui terrifie, des fois, des cris qui
10 terrifient, dans la violence conjugale, l'abus
11 sexuel, l'abandon et la négligence des enfants
12 tombés en dehors de la pensée de leurs parents.
13 C'est extrêmement difficile à imaginer, et quand
14 ces représentations nous viennent, en raison de
15 leur pénibilité, nous avons tendance à les fuir.

16 La négligence des enfants constitue la
17 cohorte la plus importante de ceux-ci en besoin de
18 protection. La négligence et cette violence en
19 creux pour l'enfant, logées de l'absence de soins,
20 de nourriture, de rituels, elle est cette
21 non-présence, réelle ou psychique, des parents
22 dépressifs, ceux absorbés dans les dépendances
23 toxiques, catapultant l'enfant dans le vide et dont
24 la preuve, qui est une preuve du manque, repose sur
25 des traumatismes à bas bruit causant les retards,

1 si ce n'est l'arrêt du développement de l'enfant.

2 La preuve : la démonstration de négligence
3 est une des preuves les plus exigeantes et
4 difficiles à faire valoir. Elle s'étire dans le
5 temps, alors qu'elle est la source des séquelles
6 les plus tenaces.

7 Je veux vous alerter sur les écueils
8 dommageables susceptibles d'entraver l'instauration
9 des liens et d'en empêcher le maintien. Ce sont les
10 naissances risquées, les allers-retours à
11 répétition, la lenteur décisionnelle, qui
12 entraînent les projets de vie tardifs.

13 Les enfants qui, dans le sein de leur mère,
14 ont été exposés à l'alcool et aux drogues -
15 certains naissent même avec de la cocaïne dans leur
16 sang - sont des naissances risquées. Ces enfants
17 sont fragilisés in utero, en déficit de
18 pare-excitation, et ils présentent parfois des
19 altérations cérébrales mesurables, susceptibles
20 d'influencer le développement cognitif. Les
21 neurosciences et l'imagerie cérébrale moderne en
22 font des démonstrations éloquentes et déformais
23 objectivées.

24 Je vais faire un aparté. Ces bébés ont
25 conséquemment besoin d'un parent particulièrement

1 sécurisant et régulateur. Ils ont besoin de soins
2 intensifs en termes de stabilité et de liens
3 affectifs. Lorsqu'ils sont dans leur milieu
4 naturel, où il est fréquent de retrouver une grande
5 instabilité, nourrie d'excitation, de cris,
6 d'imprévisibilité, de dépression et de bien des
7 malheurs, ces enfants sont directement percutés et
8 cumulent les traumatismes. Ils vivent une
9 hyperagitation ou encore une sorte d'effroi, dont
10 on retrouve les manifestations symptomatiques dans
11 leur non-apaisement dans le sommeil, leurs
12 cauchemars, leurs retraits et, parfois, leur
13 pétrification.

14 Ils sont ces enfants de moins de deux ans
15 qui s'arrachent les cheveux, se frappent contre les
16 barreaux de leur berceau à la recherche de
17 sensations qui donnent un sentiment d'existence ou
18 signent une quête de sécurité à stabiliser dans une
19 stéréotypie.

20 L'observation de ces enfants exige une
21 capacité de décodage subtil et savant de leur état
22 clinique. Il faut un oeil exercé par une formation
23 pointue. À défaut, nous passerons à côté de la
24 détresse de ces enfants en temps opportuns. Ces
25 observations fines, elles sont extrêmement

1 mais il y a aussi un enfant souffrant de son
2 enfance dans cette mère. C'est ce qui rend la prise
3 de décision si déchirante. C'est la prégance du
4 discours de la souffrance de cette mère qui sera
5 entendu au Tribunal. Ce discours couvrira l'écho
6 lointain de la détresse vécue de son enfant.
7 Celui-ci, par son absence, il n'est jamais sous la
8 perception judiciaire, peut faire porter l'espoir
9 qu'il sera le guérisseur de cette mère ou de ces
10 parents. C'est un écueil pour tous les intervenants
11 sociaux et judiciaires. Je ne mésestime pas
12 l'intention salvatrice. Sortir de la perception de
13 cette mère souffrante qui nous fait oublier le
14 parent réel, incapable, bien malgré, elle
15 d'investir son enfant dans les soins quotidiens,
16 pour entrer dans la représentation abstraite d'un
17 enfant en détresse, est un exigeant effort de
18 décentration, tant la charge émotionnelle de
19 l'humain en présence est percutante.

20 L'identification à la détresse de l'enfant
21 est une forme de violence que l'ont doit
22 constamment se faire à soi-même pour en être le
23 relais. Cette injonction d'identification à
24 l'enfant vulnérable devrait être un principe de la
25 loi.

1 L'identification à l'enfant est facile à
2 perdre dans l'enchevêtrement des dilemmes où le
3 parent imaginaire prend la place du parent réel,
4 tout comme l'enfant imaginaire masque la vue de
5 l'enfant réel.

6 L'idéologie du lien naturel tente
7 d'éliminer ambivalence que chacun doit gérer en
8 soi, le tiraillement interne entre l'identification
9 à l'enfant et l'identification au parent.

10 Or, cette identification à l'enfant doit
11 présider une hiérarchie des considérants et des
12 droits. Toute décision est porteuse de risque à
13 bien jauger, mais c'est dans la chair et la psyché
14 de l'enfant que le risque est couru.

15 Nous sommes confrontés, tous, à déterminer
16 le moindre mal. Ce sont aussi ces déchirements
17 entre la souffrance exprimée, parfois inférée,
18 même, des parents et les besoins des enfants, qui
19 nous amènent aux allers-retours à répétition entre
20 milieux naturels et divers milieux d'accueil. De
21 multiples raisons président à ces parcours de
22 va-et-vient : une récompense à une abstinence
23 récente courageusement gagnée, une absence de
24 ressources, une absence de services, une
25 ambivalence où la complexité des émotions couvre et

1 voile la réalité des situations.

2 La vie dans la flèche du temps ne se
3 reprend pas. Ce qui est à vivre pour un enfant dans
4 la non-stabilité, ce sont de nouvelles ruptures,
5 des énergies dévolues à de nouvelles adaptations,
6 des ébranlements irréversibles de la confiance.
7 Cela creusera une durable empreinte.

8 Ces enfants ballotés, sujets et objets de
9 plusieurs séparations, vivant dans l'incertitude de
10 l'ancrage, perdent le disque dur de l'aptitude à
11 faire confiance. La modalité d'attachement est
12 altérée et risque de le demeurer irrévocablement.

13 Dans sa peur induite à répétition d'être
14 abandonné, l'enfant deviendra un artisan actif de
15 la destruction du lien que tout adulte, si
16 bienveillant soit-il, veut établir avec lui, d'où
17 une des causes de la multiplication des placements.

18 La lenteur - lourdeur - décisionnelle,
19 autant d'origine sociale que d'origine judiciaire,
20 est un écueil systémique responsable des projets de
21 vie tardifs. Les gradations de mesures et les
22 décisions d'atermoisement sont délétères et mettent
23 en péril le succès des projets de vie.

24 Les parents de banques mixtes veulent adopter, ils
25 ont pris le risque du possible départ de l'enfant

1 duquel ils se sentent responsables. Cette
2 situation, inévitablement, les amènera à vivre des
3 sentiments oscillants. Ces parents, en raison des
4 longs délais quant à la décision définitive, vont
5 bien inconsciemment, se prémunir émotionnellement
6 contre leur chagrin de perdre l'enfant qu'ils
7 investissent. L'attente est une ligne de crête
8 émotive, une suspension, et ce, d'autant qu'ils
9 assistent très souvent, de façon bien impuissante,
10 à des régressions de cet enfant suite à des
11 contacts parents-enfants.

12 Ces parents d'espérance sont dans une rude
13 mise à l'épreuve qui devient un péril pour
14 l'attachement réciproque. Nous ne pouvons pas
15 éradiquer toute la détresse dans le monde, mais il
16 y a des écueils à aplanir à partir d'un parti pris
17 résolu pour le plus vulnérable de nous tous. Il
18 nous faut arrêter de balbutier. Nous ne pouvons
19 plus faire comme si nous ne savions pas que la
20 stabilité des enfants est la condition de leur
21 équilibre et que la pérennité des liens préside à
22 la nourriture affective essentielle.

23 Nous devons faire en sorte que toutes les
24 connaissances scientifiques actuelles, qui se sont
25 tant développées au cours des dernières décennies,

1 soient mises au service de nos pratiques auprès des
2 enfants qui ont besoin de la protection de l'État.

3 Nous ne pouvons faire l'économie des
4 instruments qui s'appuie sur ces faits, et
5 premièrement, il faut des évaluations parentales
6 avec des outils scientifiques éprouvés dans tous
7 les services DPJ au Québec.

8 De mon point de vue, la grille « Évaluation
9 parentale de Steinhauer » devrait être un
10 incontournable dans tous les services d'évaluation.
11 Cette grille sert autant la connaissance sur les
12 acquisitions de compétence qu'il faudra cibler pour
13 soutenir les parents naturels avec l'intensité et
14 le soutien nécessaires, que les faits objectivés de
15 la réalité parentale sur lesquels doit s'appuyer
16 une décision de compétence parentale.

17 Avec l'évolution des recherches, la
18 présence des instituts universitaires dans les
19 lieux de pratique, d'autres outils se sont
20 développés, notamment en clinique et en mesure, ou
21 en définition de l'attachement et aussi en
22 cliniques des traumatismes qui enrichissent la
23 connaissance des situations et les avenues pour y
24 remédier.

25 Deuxièmement, il doit y avoir des

1 évaluations systémiques du développement des tout-
2 petits en besoin de protection. C'est le barème par
3 lequel les décisions peuvent être prises dans la
4 relative certitude qu'apporte une objectivation.

5 Il faut s'appuyer sur la réalité clinique
6 des enfants, adopter les tests les plus performants
7 et en acquérir la maîtrise. Ces évaluations des
8 développements cognitifs et affectifs doivent être
9 répétées aux six mois avec les enfants en bas âge,
10 si on veut apprécier leur évolution. Ces
11 évaluations de capacité parentale de développement
12 de l'enfant, doivent être le fait d'une équipe
13 spécialisée dont c'est la fonction principale,
14 formant une équipe multidisciplinaire au service de
15 la personne-pivot de l'enfant. Je suis informée que
16 ces évaluations sont généralement faites à
17 Montréal, et pourtant, selon les intervenants, le
18 déni de la pathologie parentale reste pourtant très
19 prégnant. Force m'est de constater que la clinique
20 de l'évaluation et du développement des enfants
21 carencés ou traumatisés est encore méconnue. Cette
22 ignorance qui induit la lourdeur, lenteur, quant à
23 la réponse décisionnelle est, pour une part,
24 responsable des enfants qui échappent à la
25 résilience espérée et sont ainsi livrés à de

1 misérables destins.

2 Pour les 0-5 ans, outre les évaluations
3 parentales et le développement de l'enfant, dont
4 j'espère vraiment qu'elles s'effectuent dans tous
5 les services d'évaluation du Québec, je vous livre
6 mes souhaits.

7 Je souhaiterais des équipes sociales
8 formées en reconnaissance et traitement des enfants
9 traumatisés. Des équipes qui partagent une vie
10 clinique et la solidifient par le savoir et
11 l'expérience. Au sein de ces équipes, un accès à la
12 multidisciplinarité, ergothérapie, orthophonie,
13 psychologie et psychiatrie, en instaurant la
14 continuité des personnes. Il faut un engagement des
15 diverses institutions à donner priorité aux enfants
16 vulnérables.

17 Je souhaite un accès prioritaire en CPE
18 pour les enfants en besoin de protection. Un accès
19 voie rapide, « fast track », au Tribunal
20 décisionnel en fonction du vecteur temps chez les
21 enfants en bas âge.

22 La continuité d'implication de la personne-
23 pivot, la personne professionnellement responsable
24 de l'enfant, à la prise en charge, doit prendre un
25 engagement dans la durée, minimum dix-huit (18)

1 mois. Elle doit être payée en conséquence en raison
2 de cet engagement. Cette reconnaissance financière
3 signe ou signerait l'importance accordée au salut
4 de nos enfants par l'engagement.

5 Une formation structurée obligatoire aux
6 avocats et aux juges qui font de la Protection de
7 la Jeunesse leur exercice professionnel. Ils
8 doivent se donner une sérieuse connaissance du
9 développement des enfants et de la clinique des
10 enfants traumatisés pour apprécier avec justesse,
11 les diverses expertises.

12 J'ai une deuxième partie qui s'appelle
13 « Les relations réparatrices des enfants en besoin
14 de protection ». Elle requiert l'assistance des
15 témoins impliqués. Un enfant qui a vécu sous les
16 coups physiques, qui a vécu la terreur des scènes
17 de violence conjugale, qui s'est imposé le secret
18 de l'abus sexuel, qui s'est vu ignoré ou rejeté,
19 cet enfant démuni a éprouvé, au secret de lui-même,
20 de grandes détresses. C'est un être, je le répète,
21 psychologiquement esseulé dont la recherche de soutien
22 s'est portée sur un horizon vide. Lorsque sa
23 situation est signalée, donc connue, une personne à
24 pointer devient témoin. Un témoin de l'état des
25 lieux, de ses souffrances, de ses peurs et celle de

1 ses parents aussi et aussi de sa culpabilité.

2 Un enfant signalé se pense fauteur de
3 troubles. Il est souvent dans l'auto-accusation.
4 Les sentiments qu'il éprouve, s'ils sont reconnus,
5 sont les premiers inscripteurs de sa confiance.
6 Quelque chose de lui, de sa vie, vient à la
7 lumière. Il existe, dans sa vérité vulnérable aux
8 yeux de quelqu'un et ceci le ramènera peut-être,
9 dans le regard plus attentif de ses parents.
10 D'ailleurs, toutes les relations vraies et
11 profondes se font sous cette enseigne : « Vous avez
12 compris ce que je suis... et je vous partage ce que
13 je vis. »

14 Cet enfant pour lequel on a décrété le
15 besoin de protection, doit compter sur une
16 personne-pivot à qui se référer. Celle proposée
17 dans la continuité du lien, elle est, désormais, un
18 témoin impliqué dans sa vie. J'insiste et me
19 répète, cette personne entre dans une mission. On
20 doit lui permettre de s'engager dans la durée.
21 C'est un contrat professionnel qui mérite un
22 salaire conséquent, supérieur à ce qui s'est donné
23 dans d'autres institutions. C'est le prix de la
24 continuité dont ces enfants ont besoin.

25 Cette personne doit être entourée, elle

1 aussi, de témoins impliqués. Ce sont les membres
2 d'une équipe sur laquelle asseoir sa compétence et
3 la faire croître. Dans ces professions d'oblativité
4 à haute teneur toxique, devenir meilleurs aidants,
5 plus savants et plus pertinents en trouvant
6 ensemble la signification qui permet de comprendre
7 et de dénouer les impasses cliniques sur des
8 conduites incompréhensibles d'un enfant est une
9 réelle gratification. C'est le plus beau salaire,
10 puis quiconque a pratiqué, autour de cette table,
11 sait ce que ça veut dire. C'est même des moments
12 d'exaltation. Les divers apports de l'équipe
13 enrichissent la connaissance, mais surtout ils
14 créent une salubre appartenance dans une pratique
15 où la solitude est à bannir.

16 Pour une psychologue, les connaissances
17 psychologiques du développement et de la dynamique
18 des enfants que nous évaluons, permettent un
19 partenariat privilégié avec les intervenants.
20 Nombre de fois, le soignant, le donneur de soins ou
21 le thérapeute près de l'enfant, est percuté dans
22 ses propres blessures d'enfance. Ces enfants vous
23 renvoient, en cinémascope, vos films personnels.
24 Le psychologue, témoin impliqué ayant partagé la
25 connaissance de l'enfant, se met à l'écoute d'un

1 blocage exposé par cet intervenant impliqué dans la
2 vie de cet enfant. Il arrive qu'alors, émerge une
3 révélation qui devient une prise de conscience
4 personnelle de cette personne sur une ancienne
5 blessure. Il se lève, alors, un obscurcissement de
6 la pensée sur le fonctionnement de l'enfant pris en
7 charge. Ce gain d'une meilleure compréhension de
8 soi-même par l'intervenant, profite directement à
9 l'enfant. Par ce soutien de grand repli dans la
10 confiance, les intervenants raniment le regard
11 clinique, redeviennent capables de porter la
12 détresse de ces enfants, et parfois de le
13 supporter. Ce soutien professionnel intime il est
14 essentiel.

15 J'applique la même économie de pensées de
16 témoins impliqués, à la fonction soutien aux autres
17 donneurs de soins de cet enfant, qu'il soit
18 éducateur, parent naturel, parent d'accueil ou
19 adoptif. En fait, à tous ceux qui sont en lien
20 direct et continu avec lui et cherchent à le
21 comprendre. La stabilité et la pérennité des liens
22 de l'humain est l'incontournable base de
23 l'attachement et de l'épanouissement de chacun au
24 premier chef des enfants, mais l'État doit aussi
25 assurer la stabilité du personnel professionnel et

1 assurer à ces professionnels la pérennité du
2 soutien.

3 Dans les situations d'enfants au destin si
4 risqué, gardons à l'esprit l'instauration d'une
5 pyramide d'attachement. C'est l'appartenance à une
6 mission de sauvetage humain qui soude la famille
7 professionnelle. Autrement, dans le morcellement et
8 la lourdeur de l'isolement, les enfants tombent
9 dans la démission consciente ou inconsciente des
10 professionnels.

11 Je voudrais, c'est un aparté, mais je veux
12 que ce soit dit avant que je quitte définitivement
13 ce monde. Les contacts supervisés parents-enfants,
14 les contacts déclarés en besoin d'être supervisés
15 ou ordonnés tels lors d'une situation de placement,
16 doivent être médiatisés. Je veux qu'ils soient une
17 incarnation des bienfaits conséquents que donnent
18 les témoins impliqués. Ces contacts ne sont pas des
19 mondanités, ils sont parfois un jeu de chats et de
20 souris entre surveillés et surveillants. Ces
21 contacts doivent être travaillés cliniquement pour
22 faire sens et restaurer une authenticité de la
23 relation, autant pour les parents que pour les
24 enfants, pour que ceux-ci sortent mutuellement des
25 conceptions de parents et d'enfants imaginaires.

1 Comment un petit enfant de huit, dix ans, peut-il
2 se sortir de sa fébrilité inquiète, en rencontre
3 avec un parent anxieux, peut-être abusif, peut-être
4 violent, dépressif, duquel il a dû être séparé? Il
5 rencontre un parent inquiet de son attachement à
6 une autre mère et l'insinue de diverses manières.
7 Comment cet enfant peut-il éviter des injonctions
8 parentales et ne pas porter un conflit de loyauté
9 qui devient une entrave à rétablir ou risquer un
10 attachement avec la mère substitut, contemporaine,
11 des soins? Comment le parent, lui-même, peut-il
12 s'éprouver dans la rencontre? Autant le parent que
13 l'enfant doivent être accompagnés par les personnes
14 avec lesquelles ils ont un lien, espéré réparateur
15 durant ces présences. C'est une rencontre à quatre
16 qui devrait avoir lieu, avec un retour sur la
17 rencontre pour chacun avec le témoin impliqué. Des
18 échecs de placements seraient évités par ce travail
19 clinique protégé et bien des malentendus peuvent
20 être dissipés.

21 C'est une opportunité clinique
22 extraordinaire d'arriver à faire sens avec le vécu
23 de chacun et de faire en sorte que le placement ne
24 soit pas interprété strictement dans la perception
25 d'une punition ou d'une insuffisance dévalorisante,

1 mais comme une distance salutare qui permet un
2 rétablissement relationnel plus sain.

3 Dans le même ordre d'idées, la famille
4 d'accueil, témoin impliqué s'il en est, doit avoir
5 le même soutien qu'aurait un parent naturel pour la
6 compréhension de l'enfant dont elle a la garde.
7 Elle doit connaître les éléments significatifs de
8 son histoire pour saisir le sens de ses conduites,
9 de ses peurs et de ses traumatismes. Elle doit
10 avoir accès aux avis et discussions cliniques et
11 aux professionnels impliqués quand nécessaire. Elle
12 est au coeur de la vie de cet enfant.

13 Et je me permets un autre aparté. De mon
14 point de vue profane, il y a une compréhension
15 erronée et anticlinique de la confidentialité. Il y
16 a une levée du secret au service de l'aide dans nos
17 codes d'éthique. Et je vais faire, ici, une
18 suggestion susceptible de rassurer les autorités de
19 la Protection de la Jeunesse : pourquoi ne pas
20 faire signer un engagement de confidentialité à la
21 famille d'accueil, comme celui que les
22 professionnels respectent de façon implicite? Ça
23 serait un signal de la reconnaissance de leur
24 considérable apport et les adouberait comme membres
25 de l'équipe qui se donnent la mission d'aider cet

1 enfant que ces familles accueillent.

2 J'étends ce malaise de la compréhension de
3 la confidentialité à un niveau plus macro, aux DPJ
4 eux-mêmes. J'estime qu'ils ont le devoir, par leur
5 mission, de prendre une parole publique.

6 Ils doivent être la voix des enfants. Ils
7 doivent emmener à la connaissance publique, la
8 réalité des enfants vulnérables. Ils doivent
9 exprimer les besoins cliniques, les revendiquer,
10 pas strictement en termes statistiques, et ils
11 doivent révéler l'âpre réalité qui est parfois la
12 leur.

13 Dès qu'un événement impliquant la DPJ est
14 couvert médiatiquement, c'est le silence radio de
15 la part des autorités, et le silence est perçu
16 comme une fuite, pire, comme un aveu d'incompétence
17 ou d'impuissance. Le sensationnalisme et les
18 jugements hâtifs vont en tous sens dans la
19 population, mais ce qui me heurte le plus, c'est le
20 sentiment d'abandon que vivent les intervenants.
21 Ces soldats de l'ombre qui ne trouvent pas de
22 défenseurs publics en leurs DPJ, pas tant sur la
23 situation en cause que sur le redressement des
24 faussetés véhiculées.

25 Les témoins impliqués mis en cause, c'est

1 la rencontre de deux systèmes, social et
2 judiciaire, c'est un défi. En Protection de la
3 Jeunesse, ils ont la partie très liée. Le recours à
4 une autorité structurante, légitimée, bien
5 éclairée, est une nécessité indiscutable. C'est le
6 bras de la force civilisatrice de notre société qui
7 établit son exigence. C'est une force symbolique
8 essentielle.

9 Pour avoir beaucoup fréquenté les
10 tribunaux, à titre de témoin interrogé sur mes
11 propres évaluations et avoir été témoin aux
12 premières loges du malaise des intervenants de
13 toutes formations, des enfants, je voudrais relayer
14 la lourdeur des rouages judiciaires que vivent les
15 intervenants. Je ne mésestime pas l'anxiété des
16 parents et la blessure que peut être la mise en
17 lumière de leurs failles et la crainte des
18 jugements. Les intervenants expriment se sentir
19 l'objet d'une recherche d'être pris en défaut,
20 d'être en reddition de comptes à la place des
21 parents, de ne parler que de la surface des faits,
22 d'être incompris quand ils parlent de dynamique, de
23 ne pas arriver à faire saisir la subtilité clinique
24 et d'être déconsidéré et de perdre définitivement
25 la confiance des parents. Bref, le Tribunal est

1 perçu comme un lieu d'adversité accablant.

2 L'appréhension des suites de ce passage
3 fait craindre que non seulement les blessures
4 n'aient pas trouvé remèdes, mais que d'autres
5 plaies viennent empirer la situation et alourdir
6 l'histoire déjà lourde, inscrite au dossier.

7 Ce ne sera jamais une fête que le passage
8 au Tribunal, mais il y a peut-être des conditions
9 par lesquelles cela pourrait être un moment
10 bascule, un moment pour redire la « Loi
11 humanisante », un moment qui relance l'action
12 clinique et l'élan restaurateur et cela arrive
13 parfois. C'est une parole solennelle, déterminante,
14 qui exige bien des aptitudes dans le domaine de
15 l'enfance en difficulté. Je sais d'expérience que
16 des juges aimeraient être davantage outillés pour
17 être inspirés dans ce discours qu'ils délivrent,
18 après avoir recherché avec un succès relatif,
19 l'obligation que leur fait la Loi, c'est-à-dire
20 l'adhésion des parties.

21 Recherches : je vais être brève, je vais
22 rejoindre madame Brault. Notre système
23 sociojudiciaire qui a tant d'influence dans la vie
24 des humains, a le devoir de s'évaluer par la
25 recherche quantitative, certes, mais surtout

1 qualitative, sur le court et long termes des
2 actions que nous posons. Quel est le destin des
3 enfants dont nous nous occupons? Que deviennent-
4 ils, selon les décisions prises tant par l'autorité
5 sociale que judiciaire? Chacun des témoins
6 impliqués dans la vie de cet enfant devrait être
7 informé de ce qu'il devient. Il devrait y avoir
8 rétroaction annuelle auprès de tous les
9 responsables dans la vie de ces enfants.

10 En conclusion, cette action sociojudiciaire
11 de protection des enfants, est une oeuvre humaine.
12 Elle essaie d'être « humanisante » pour les plus
13 vulnérables. Elle ne sera possible que dans la
14 stabilité d'un personnel compétent qui s'engage
15 dans cette mission et retire le bénéfice de sa
16 raison d'être : faire la différence dans un destin.

17 Aux premières loges des grands malheurs,
18 nous savons que nous ne pouvons pas extirper le mal
19 dans le monde, mais nous savons aussi que des
20 enfants sont sauvés, que leur destin est infléchi
21 par des rencontres et des soins qui changent la
22 trajectoire de vie. Ceux pour lesquels nous n'y
23 arrivons pas, ils se retrouvent dans les prisons,
24 dans les urgences psychiatriques, dans
25 l'itinérance. Ils comblent leurs manques dans les

1 toxicomanies et sont des proies pour la
2 prostitution. Leur misère fait leur destin. Le coût
3 personnel est élevé, tragique même, on le sait, le
4 coût social aussi. C'est dans l'enfance qu'il faut
5 les investir.

6 La restauration d'un enfant traumatisé
7 passera toujours par la rencontre aimante d'au
8 moins une personne significative qui a tenu aux
9 liens. Cette personne, quelle qu'elle soit, où
10 qu'elle loge dans la pyramide, il faut l'entourer,
11 lui offrir ce qui lui est nécessaire pour être un
12 salut. Je vous remercie.

13 LA PRÉSIDENTE :

14 Merci beaucoup. Écoutez, les mots me manquent pour
15 qualifier vos interventions. Il y a tellement de
16 contenus, tellement de pistes de réflexion,
17 tellement de pistes de solution. C'est très dense,
18 ce que vous nous apportez. Alors, je peux juste
19 vous dire merci, merci, merci beaucoup.

20 Et vraiment, pour être capable de nous
21 laisser travailler, on a besoin de vos textes.

22 Mme LOUISIANE GAUTHIER :

23 Oui, on les a remis. On les a déjà remis.

24 LA PRÉSIDENTE :

25 Super! Parce qu'à un moment donné, j'ai lâché

1 prise, je n'étais plus capable de vous suivre à
2 prendre des notes. Il y a beaucoup de contenus et
3 en même temps, je réfléchissais. Donc, merci
4 infiniment. Donc, on a déjà vos textes, donc on
5 pourra continuer, on pourra les revoir et avoir des
6 discussions entre nous. Merci, merci infiniment.

7 On n'a pas le temps pour les questions,
8 mais je sais qu'il y a des commissaires qui,
9 probablement, veulent vous adresser des
10 remerciements particuliers.

11 On n'a pas le temps pour les questions,
12 mais je vais leur permettre de le faire parce que
13 je sais qu'il y en a avec qui vous vous êtes
14 côtoyés dans une autre vie.

15 Et au cas où je n'aie pas le temps, à la
16 fin, je veux encore remercier pour votre présence,
17 l'Honorable Juge Michel Jasmin. Merci. En tout cas,
18 moi, ça a été un des premiers rapports que j'ai lus
19 quand j'ai commencé à la Commission.

20 Me MICHEL JASMIN :

21 C'est un collectif.

22 LA PRÉSIDENTE :

23 Oui, je le sais, mais vous étiez là. Alors, on m'a
24 toujours parlé du Rapport Jasmin.

25

1 Me MICHEL JASMIN :

2 C'est un collectif.

3 LA PRÉSIDENTE :

4 Je suis honorée. Alors, s'il y a des commissaires
5 qui souhaitent adresser des remerciements
6 particuliers, vous me faites le signe habituel et
7 je vais vous inscrire. Alors, il y avait Michel
8 Rivard.

9 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

10 Depuis ce matin, j'ai vu la docteure Gauthier, la
11 docteure Jeliu. Et en plus là, j'ai des gens là...
12 collègues, commissaires, là, que j'ai bien connu
13 dans d'autres vies. Mais là, j'ai l'impression de
14 revivre ma vie professionnelle en accéléré depuis
15 ce matin, peut-être que je suis mort puis je ne le
16 sais pas, mais...

17 LA PRÉSIDENTE :

18 (Inaudible - micro fermé).

19 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

20 Oui, c'est ça, mais vraiment... Merci d'être venue
21 nous parler. Je vais relire vos textes parce que
22 c'est très dense puis les notes aussi, c'était...
23 Mais vraiment, merci...

24 Claude Bilodeau, qui a été mon premier DPJ
25 à Montréal, la juge Durand-Brault qui était ma juge

1 préférée, maintenant je peux le dire, à la Chambre
2 de la Jeunesse, quel aveu. Hugues, avec qui j'ai
3 aimé beaucoup travailler. Louisiane, que je
4 retrouve là, dans ses mots.

5 J'ai pris des extraits, là, je pense que je
6 vais citer ça dans des salons. Le juge Jasmin
7 devant qui j'ai plaidé, et j'ai lu, effectivement,
8 son rapport. Alors, merci de votre présence là, ça
9 me fait chaud au coeur.

10 Me GINETTE DURAND-BRAULT :

11 Merci.

12 Mme LOUISIANE GAUTHIER :

13 Merci.

14 LA PRÉSIDENTE :

15 André Lebon.

16 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

17 Bien, je pense que chacun, à votre façon, vous nous
18 avez... Lui, il pense qu'il est mort, mais moi, je
19 pense que vous nous avez laissé un testament
20 professionnel important, chacun à votre façon, dans
21 un angle qui soit éthique, qui soit au niveau de la
22 pratique juridique.

23 Claude, ton immense expérience du réseau et
24 Louisiane, honnêtement, je pense que si on veut se
25 rappeler qu'est-ce que c'est l'intérêt de l'enfant

1 et comment l'aborder, c'est magistral ce que tu
2 viens de faire. Ça fait que je vous en remercie.

3 Et il y a de la matière, il faut que ça
4 soit écrit parce qu'il y a de la matière à
5 avancement et à réflexion. Alors, Juge Jasmin, pour
6 votre présence inspirante et tout le travail que
7 vous avez fait, moi, je vous dis juste : vous avez
8 contribué à notre travail, puis on a beau avoir un
9 devoir de réserve, qu'on peut toujours bien être
10 capable reconnaître quand la matière vaut la peine.
11 Merci.

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Jean-Marc Potvin.

14 M. JEAN-MARC POTVIN, commissaire :

15 Alors, je vous remercie aussi. Vous représentez une
16 somme d'expériences puis une diversité
17 d'expériences absolument extraordinaires pour une
18 Commission comme la nôtre.

19 Tout au long de vos témoignages, je vous
20 écoutais et je me posais toujours la
21 question : oui, mais concrètement, qu'est-ce qu'on
22 peut faire avec ça? Puis finalement, je me suis
23 rendu compte que ce n'était pas tant dans des
24 mesures concrètes, tout de suite, que vous vouliez
25 nous emmener, que dans la profondeur de la

1 réflexion. Et c'est pour ça que, probablement, on a
2 tous besoin de prendre le temps de digérer ça. Et
3 dans cette profondeur-là, vous m'avez profondément
4 touché aussi, hier. Travailler de près dans un
5 même... connaissant la complexité, le seul mot qui
6 me vient : c'est l'immense complexité de ce dans
7 quoi on est.

8 C'est transversal à tous vos témoignages et
9 on ne peut pas faire de réflexions à rabais pour
10 redresser une situation si complexe, en même temps
11 qu'il y a des pistes de solution, qu'il y a de
12 l'expérience, qu'il y a déjà du bagage, qu'il y a
13 déjà des acquis, qu'il y a déjà des sommes de
14 réflexions et d'analyses qui ont été faites. Qu'il
15 y a des fils conducteurs aussi dans tout ça, et que
16 là, on est rendu, probablement, à un moment où il
17 faut avoir un certain courage.

18 La stabilité des enfants, la permanence des
19 enfants, la stabilité des intervenants, ce sont des
20 thèmes récurrents. Comment peut-on s'y adresser
21 efficacement, aujourd'hui? C'est ce que m'inspire
22 votre témoignage.

23 Mme LOUISIANE GAUTHIER :

24 Merci.

25

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Merci. Danielle Tremblay.

3 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

4 Alors, à mon tour de vous remercier. Je vous confie
5 que j'étais la première à devoir vous poser des
6 questions, et plus votre présentation avançait et
7 plus je me disais : comment je vais reprendre ça?
8 C'est d'une telle richesse...

9 Dans le fond, vous nous conviez à un projet
10 de société, hein? C'est vraiment un projet de
11 société qui place l'enfant au coeur de ça, et c'est
12 grandement le temps que la société s'éveille pour
13 ces enfants et c'est ce à quoi vous nous aviez
14 conviés. Alors, merci, merci infiniment de nous
15 avoir fait bénéficiaire de cette grande sagesse et de
16 cette profondeur.

17 LA PRÉSIDENTE :

18 Merci. Hélène David.

19 Mme HÉLÈNE DAVID, commissaire :

20 Oui. Alors, on revit nos étapes différentes
21 professionnelles. Alors, écoutez, dans la suite de
22 ce que Danielle dit, c'est un livre au complet que
23 vous avez écrit et on pourra dire, ce sont des
24 textes fondateurs qui vont, peut-être, participer à
25 la « refondation », et c'est le mandat que nous

1 avons tous.

2 J'ai un petit mot particulier pour
3 Louisiane, que je connais bien, et qui était une
4 sorte de mentor puisqu'elle était là avant moi,
5 quand j'ai osé commencer au Tribunal de la
6 jeunesse. Et puis, souvent, on était plutôt face à
7 face, étant une du côté DPJ et l'autre, du côté
8 Aide juridique, mais je pense qu'on a toujours su
9 s'apprécier beaucoup, beaucoup. Et je revois, avec
10 tout ton texte, la profondeur de tes réflexions.

11 Et le juge Jasmin, évidemment, qui était
12 déjà une autorité exceptionnelle ainsi que tous les
13 autres. Madame la juge Durand-Brault aussi, que
14 j'ai connue au Tribunal de la jeunesse.

15 Alors, écoutez, c'est magistral, votre
16 présentation. Et on devrait en faire, comme je l'ai
17 dit, un « collectif », comme le dit le juge Jasmin.
18 Merci infiniment.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Merci beaucoup. Et je me permets de reprendre... Je
21 ne sais plus qui d'entre vous a dit... je pense que
22 c'est vous, Madame Durand-Brault. Vous avez
23 dit : « En mil neuf cent soixante-dix-neuf (1979),
24 on a été magnifiquement utopique. »

25

1 Me GINETTE DURAND-BRAULT :

2 Oui.

3 LA PRÉSIDENTE :

4 Vous avez dit ça. Quelqu'un d'autre a dit : « Il

5 faut arrêter de balbutier. » Comptez sur nous.

6 Me GINETTE DURAND-BRAULT :

7 Très bien.

8 VOIX FÉMININE NON IDENTIFIÉE :

9 Je voudrais dire quelque chose, excusez-moi.

10 LA PRÉSIDENTE :

11 Je vous en prie. Pardon, je n'avais pas vu Gilles

12 Fortin. Excusez-moi. Pardon, je n'avais pas vu

13 Gilles.

14 VOIX FÉMININE NON IDENTIFIÉE :

15 Mais puisque Gilles peut parler, je vais dire

16 quelque chose avant. Ce matin...

17 LA PRÉSIDENTE :

18 C'est un gentilhomme...

19 VOIX FÉMININE NON IDENTIFIÉE :

20 ... ce matin...

21 LA PRÉSIDENTE :

22 ... il va vous laisser...

23 VOIX FÉMININE NON IDENTIFIÉE :

24 ... c'est à cause de lui...

25

1 LA PRÉSIDENTE :

2 ... parler avant lui avant lui.

3 VOIX FÉMININE NON IDENTIFIÉE :

4 C'est à cause de lui. Ce matin, j'ai vu la docteure
5 Jeliu. Je voudrais dire... je veux dire à cette
6 Commission, tout l'apport de la docteure Jeliu en
7 pédiatrie sociale. Elle est la pionnière. Elle est
8 celle qui nous a alertés là-dessus.

9 Tu te rappelleras qu'elle avait fait venir,
10 dans la foulée de la fin de la guerre avec tous ces
11 pédiatres juifs qui ont été interpellés pour des
12 raisons qu'on sait sur la protection des enfants.

13 C'est la docteure Jeliu qui, vraiment, a
14 lancé la pédiatrie, j'allais dire la pédiatrie
15 sociale au Québec, mais toute la Protection de la
16 Jeunesse. On lui doit énormément et je voudrais lui
17 rendre hommage, je voudrais que vous sachiez ça
18 d'elle. Comme toi, tu as été un grand partenaire de
19 la docteure Jeliu, ça s'adresse à toi aussi,
20 Docteure Gauthier.

21 M. GILLES FORTIN, commissaire :

22 Je te remercie de le rappeler.

23 Mme LOUISIANE GAUTHIER :

24 Ça va bien.

25

1 M. GILLES FORTIN, commissaire :

2 Je tiens ma cravate, non... Je te remercie de le
3 rappeler. On l'a souligné, d'ailleurs, ce matin...

4 Mme LOUISIANE GAUTHIER :

5 Oui.

6 M. GILLES FORTIN, commissaire :

7 ... mais je pense que tu le fais d'une façon encore
8 beaucoup plus éloquente que je suis capable de le
9 faire.

10 Moi, je veux juste vous remercier
11 énormément parce que je pense que vous avez de très
12 grande façon, recentré l'enfant au coeur de toutes
13 nos préoccupations.

14 Je pense que la Commission, vous l'avez
15 vraiment centrée et je pense qu'on va s'inspirer de
16 ça pour reconstituer, réorienter, orienter... pas
17 réorienter, orienter, je pense. Vous nous avez
18 rappelés que la nécessité, c'est d'orienter toute
19 notre pensée et nos interventions en pensant
20 d'abord à l'enfant. C'est sûr qu'il y a beaucoup de
21 structures, il y a beaucoup de choses autour, mais
22 je pense que si on prend ça toujours du point de
23 vue...

24 Mme LOUISIANNE GAUTHIER :

25 De l'humain...

1 M. GILLES FORTIN, commissaire :

2 ... de l'humain, et de l'enfant. Je pense que c'est
3 comme ça qu'on le voyait arriver.

4 Mme LOUISIANNE GAUTHIER :

5 C'est ça.

6 M. GILLES FORTIN, commissaire :

7 Et je pense que les bonnes choses qu'a faites toute
8 la Protection de la Jeunesse, au Québec, ça a
9 toujours été quand on a centré l'intervention, la
10 structure, l'organisation, sur le besoin de
11 l'enfant.

12 Mme LOUISIANNE GAUTHIER :

13 Toujours.

14 M. GILLES FORTIN, commissaire :

15 Alors, merci de nous avoir remis ça en lumière.

16 LA PRÉSIDENTE :

17 Merci beaucoup, ça a été un grand plaisir de vous
18 écouter. Merci beaucoup et bonne fin de journée.

19 Merci. Donc, nous ajournons nos travaux jusqu'à
20 demain matin, neuf heures (9 h).

21

22 AJOURNEMENT DE L'AUDIENCE

23

1 SERMENT D'OFFICE

2

3 Nous, soussignées, **ROSA FANIZZI**, et **ODETTE GAGNON**,
4 sténographes officielles, dûment assermentées,
5 certifions sous notre serment d'office que les
6 pages qui précèdent sont et contiennent la
7 transcription fidèle et exacte des notes
8 recueillies au moyen de l'enregistrement numérique,
9 le tout hors de notre contrôle et au meilleur de la
10 qualité dudit enregistrement, le tout, conformément
11 à la Loi.

12 Et nous avons signé,

13

14

15

16

17 **ROSA FANIZZI**

18

19

20

21

22

23

24 **ODETTE GAGNON**