

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 10 décembre 2019

Volume 16

ROSA FANIZZI & ODETTE GAGNON
Sténographes officielles

TABLE DES MATIÈRES

	<u>PAGE</u>
PRÉLIMINAIRES	3
LES DIRECTEURS ET DIRECTRICES DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC	4
ALAIN POIRIER	
MYLÈNE DROUIN	
SUZANNE DE BLOIS	
UNIVERSITÉ MCGILL - DIRECTEUR DU CENTRE DE RECHERCHE SUR L'ENFANCE ET LA FAMILLE	89
NICO TROCMÉ	
ALLIANCE QUÉBÉCOISE DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ (AQPS)	159
ANNE-MARIE BUREAU	
SIMON DROLET	
UNIVERSITÉ LAVAL - ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL ET DE CRIMINOLOGIE	227
DANIEL TURCOTTE	
Professeur émérite associé	
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL - ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL	290
TONINO ESPOSITO	

1 EN L'AN DEUX MILLE DIX-NEUF (2019), ce dixième
2 (10e) jour du mois de décembre :

3

4 PRÉLIMINAIRES

5

6 LA PRÉSIDENTE :

7 Merci. Bonjour à toutes et tous. Alors nous
8 débutons notre journée en parlant de santé publique
9 avec la docteur Mylène Drouin, qui est directrice
10 de santé publique pour la région de Montréal,
11 bienvenue. Docteur Alain Poirier, qui est directeur
12 de santé publique pour la région de l'Estrie,
13 bienvenue. Et docteure Suzanne De Blois, qui est
14 médecin spécialiste en santé publique et médecine
15 préventive et qui travaille dans le secteur du
16 développement de l'enfant à la Direction régionale
17 de la santé publique de Montréal, bienvenue.

18 Alors avec vous on va parler ensemble... et
19 vous parlez au nom de l'ensemble des directeurs
20 régionaux de santé publique du Québec et vous allez
21 nous faire part des constats et des pistes
22 d'amélioration qui font généralement consensus
23 auprès de vos pairs. Alors on a quatre-vingt-dix
24 minutes (90 min) ensemble, un maximum de vingt
25 minutes (20 min) de présentation et ensuite ce sera

1 échanges avec les commissaires. Avant de vous
2 laisser la parole, je vais demander au greffier de
3 vous assermenter.

4

5 LES DIRECTEURS ET DIRECTRICES DE SANTÉ PUBLIQUE DU
6 QUÉBEC

7

8 **ALAIN POIRIER,**

9 **MYLÈNE DROUIN,**

10 **SUZANNE DE BLOIS,**

11 (Sous serment)

12

13 LA PRÉSIDENTE :

14 Alors à vous la parole. Je comprends que vous allez
15 travailler avec le...

16 Dre MYLÈNE DROUIN :

17 R. Le PowerPoint, exactement.

18 LA PRÉSIDENTE :

19 ... PowerPoint que vous venez de nous donner.

20 D'accord.

21 Dre MYLÈNE DROUIN :

22 Exactement.

23 LA PRÉSIDENTE :

24 Merci, à vous la parole.

25

1 Dre MYLÈNE DROUIN :

2 Alors, Mesdames, Messieurs les Commissaires,
3 bonjour et un immense merci de nous accueillir ce
4 matin pour vous présenter et partager avec vous,
5 sous les recommandations des directrices et
6 directeurs de santé publique du Québec, en lien
7 avec la Commission sur les droits de l'enfant et la
8 protection de la jeunesse. Les recommandations
9 qu'on va vous faire sont dans une dimension bien
10 particulière, qui n'est peut-être pas si explicite
11 dans le titre de la Commission, qui est... mais qui
12 semble cruciale pour nous, c'est la dimension de la
13 prévention de la maltraitance.

14 D'entrée de jeu, de par le nombre d'enfants
15 touchés, la hausse des signalements au cours des
16 dernières années, qui est constante, mais surtout
17 les immenses conséquences que l'on connaît, qui
18 sont bien documentées pour ces enfants-là à court,
19 moyen, long terme. Et le fardeau sociétal qui est
20 aussi de plus en plus documenté en termes de coût
21 pour la société aussi à long terme, font en sorte
22 que pour nous c'est réellement un enjeu de santé
23 publique.

24 Nous travaillons directement sur les
25 facteurs de risque de la maltraitance via le

1 développement de l'enfant, qui est une priorité et
2 un enjeu sur lequel le réseau de santé publique a
3 toujours pris un fort leadership et nous croyons
4 qu'actuellement les propositions qu'on va vous
5 faire sont des gains qu'on peut faire rapidement en
6 déployant des interventions supplémentaires et en
7 consolidant la base de prévention autour de
8 l'enfant.

9 Je veux juste revenir... quelques mots sur
10 les mandats légaux des directeurs régionaux de
11 santé publique parce que je crois que ça a été...
12 il en a été question dans d'autres audiences
13 précédemment. Donc, la Loi sur la santé et sécurité
14 sociaux et l'article 373 nous donnent le mandat
15 d'informer la population, d'assurer la surveillance
16 de l'état de santé de la population et de mener des
17 études pour mieux comprendre les déterminants ou
18 les facteurs en amont. D'identifier, de mettre des
19 mesures de protection de la santé de la population
20 lorsqu'il y a des menaces qui s'avèrent. Et là, je
21 tiens à préciser que lorsqu'on parle de protection
22 en santé publique c'est beaucoup plus sous l'angle
23 des agents biologiques, chimiques et physiques,
24 d'assurer une expertise en prévention et promotion
25 et de s'assurer que les programmes sont bien

1 déployés. Et évidemment, de mobiliser les
2 partenaires intersectoriels qui... oups, excusez.
3 Les partenaires intersectoriels lorsqu'on sait...
4 donc, qu'on a besoin, dans des problématiques
5 sociales complexes, de mobiliser l'ensemble des
6 partenaires pour trouver des solutions conjointes.

7 Lorsqu'on travaille une problématique aussi
8 complexe que la maltraitance, on se doit de
9 mobiliser l'ensemble des forces de la société et il
10 y a différents niveaux d'intervention. On l'exprime
11 ici à travers une pyramide d'intervention et que...
12 auquel... autour de laquelle on se mobilise, avec à
13 la base les activités de santé publique qui sont
14 spécifiquement de nature universelle, donc des
15 activités de promotion et de prévention qui visent
16 à travailler sur les conditions de vie des
17 familles, les environnements, l'accès aux services
18 et des programmes universels aussi autour de la
19 femme enceinte et de la petite enfance.

20 Par la suite se trouvent les programmes
21 plus sélectifs, les programmes donc avec une
22 intensité plus importante, avec des intervenants
23 qui doivent avoir des compétences spécifiques. Et
24 ici, on trouve les services intégrés en
25 périnatalité, petite enfance. Et dans la base bleue

1 on est quand même avec des familles qui n'ont pas
2 d'enjeu de négligence ou de... on est là pour
3 travailler à s'assurer que les conditions de vie et
4 les familles qui vivent dans des conditions plus
5 précaires ou qui présentent plus de facteurs de
6 risque soient outillées et accompagnées pour éviter
7 d'avoir besoin de services plus haut dans la
8 pyramide.

9 Et on retrouve évidemment, plus haut dans
10 la pyramide, les interventions de première ligne,
11 mais qui sont plus spécialisées autour des
12 programmes d'intervention en négligence et jeunes
13 en difficulté. Et plus haut, malheureusement, les
14 jeunes qui vont être signalés et qui vont avoir
15 besoin des services de la DPJ.

16 Donc, la base de la santé publique c'est de
17 consolider la base de cette pyramide-là pour
18 éviter, comme le disait monsieur Bouchard, que ces
19 jeunes qui prennent les cinq autobus chaque jour
20 pour se rendre sur le chemin de la DPJ, qu'on soit
21 capables collectivement de réduire ce nombre de
22 jeunes-là.

23 Face à une problématique aussi complexe que
24 la maltraitance, il est clair qu'il n'y a pas de
25 solution magique, il n'y a pas un programme unique

1 pour trouver... pour endiguer cette problématique-
2 là. Et l'approche de santé publique, c'est souvent
3 d'agir à plusieurs niveaux, de mettre en place une
4 gamme de services et d'interventions et de
5 politiques à plusieurs niveaux pour vraiment
6 adresser l'ensemble des facteurs de risque et de
7 protection qui touchent l'enfant et la famille,
8 donc autant en lien avec le développement de
9 l'attachement, les pratiques parentales, la
10 communauté, donc développer une communauté solide
11 pour laquelle on donne accès à des services. Mais
12 aussi on travaille les conditions socio-
13 économiques, les vulnérabilités spécifiques à
14 chaque territoire. Et évidemment, des actions à
15 l'échelle plus sociétale en termes de politiques
16 publiques, mais aussi de travail sur les normes
17 sociales qui touchent la maltraitance. Puis on a vu
18 une belle évolution à travers les années au niveau,
19 par exemple, des punitions corporelles. Mais on
20 doit aussi le travailler dans un angle beaucoup
21 plus large de la place de la violence dans nos
22 sociétés.

23 Et donc, la santé publique c'est vraiment
24 ce modèle-là, on l'applique dans d'autres
25 problématiques, tabagisme, obésité, c'est notre

1 façon de travailler et de s'assurer qu'on agit à
2 tous les niveaux simultanément pour avoir un réel
3 impact à l'échelle populationnelle.

4 Juste avant d'arriver aux recommandations,
5 vous remarquerez qu'en santé publique les
6 programmes qu'on déploie on ne les appelle pas des
7 programmes de prévention de la maltraitance. On est
8 souvent dans le développement de l'enfant parce
9 qu'on partage les mêmes facteurs de risque et les
10 mêmes facteurs de protection souvent que le
11 développement de l'enfant. Et c'est vraiment... au
12 fur et à mesure qu'on avançait dans le déploiement
13 de nos programmes, on s'est rendu compte que si on
14 parle de facteurs... de programmes liés à la
15 réduction de la maltraitance, on stigmatise nos
16 familles les plus vulnérables. Et souvent ça
17 devient des barrières à la participation à nos
18 programmes. Donc, on a vraiment changé l'angle de
19 développement et de l'approche de la
20 problématique... à la problématique de la
21 maltraitance, pour l'inclure à l'intérieur de
22 celle, plus globale, du développement de l'enfant.

23 Donc, on va vous présenter les cinq
24 recommandations, la première étant celle du soutien
25 parental aux familles les plus vulnérables. Vous

1 connaissez les services probablement intégrés en
2 périnatalité et petite enfance, qui s'adressent
3 vraiment aux familles les plus vulnérables. Ce sont
4 des services qui sont déployés au Québec depuis
5 plus d'une quinzaine d'années. Nous avons... qui
6 sont basés sur des données probantes, des
7 programmes qui ont été évalués aux États-Unis, mais
8 qu'on a aussi expérimentés au Québec et évalués. On
9 connaît les conditions d'efficacité de
10 l'implantation de ces programmes-là.

11 Et actuellement, ces programmes sont sous
12 l'imputabilité et le leadership des directeurs
13 régionaux de santé publique, mais leur déploiement
14 est confié aux directions jeunesse dans la
15 majeure... dans la grande partie des établissements
16 de santé. Donc, l'imputabilité est d'un côté, la
17 mise en oeuvre est d'un autre côté. Je pense que
18 vous avez reçu les directeurs, qui vous ont parlé
19 un peu des enjeux.

20 Ce qu'on voit c'est... force est de
21 constater qu'après quinze (15) ans, on est encore
22 avec des couvertures... une non atteinte de nos
23 couvertures, mais aussi de l'intensité voulue de
24 ces programmes-là. Et je dirais que depuis la
25 réforme ça ne va pas en s'améliorant non plus.

1 Donc, les conditions organisationnelles ne sont pas
2 nécessairement au rendez-vous. On a de la
3 difficulté à rejoindre les familles, il y a
4 certaines clientèles qui utilisent les services du
5 SIPPE, mais pour lesquelles probablement c'est
6 d'autres services qu'ils ont besoin... d'autres
7 services qui seraient plus efficaces, dont les...
8 par exemple, les gens qui ont des problèmes de
9 santé mentale ou dépendance, les parents.

10 Et évidemment, une donnée qui n'est pas
11 dans notre mémoire, mais on voit à travers, depuis
12 la réforme qu'en deux mille seize (2016), par
13 exemple, on suivait près de trois mille neuf cents
14 (3900) familles et on a eu une baisse en deux ans
15 de près de sept cents (700) familles. Et de façon
16 concomitante on voit, dans le fond, que les
17 ressources investies en prévention sont souvent
18 dans les mêmes directions que les programmes
19 négligence. Et donc, il y a tellement des besoins
20 criant en négligence, des jeunes en difficulté,
21 qu'on a vu une hausse, dans le fond, des familles
22 suivies en négligence au détriment, dans le fond,
23 des programmes préventifs. Donc, les ressources de
24 prévention actuellement sont mobilisées dans
25 certains territoires à éteindre des feux et comme

1 société il faut se poser la question si on veut
2 prévenir les feux ou les éteindre et mettre plus...
3 ou consolider les deux... les deux volets, je pense
4 que ce serait la solution.

5 Donc, les sous-volets de recommandation.
6 Nous pensons qu'on doit stabiliser les ressources
7 humaines en nombre suffisant, formées et dédiées à
8 la prévention. On doit avoir recours à des
9 stratégies pour aller chercher les familles le plus
10 tôt possible. Et encore aujourd'hui, l'avis de
11 grossesse qui était dans l'ancienne politique de
12 périnatalité n'est pas implantée de façon uni...
13 bien dans l'ensemble du Québec. Donc, il y a des
14 initiatives à gauche, à droite, mais très
15 variables.

16 Et on croit qu'on doit miser sur
17 l'établissement de corridors de service et de la
18 co-intervention pour certaines familles qui ont des
19 problématiques particulières, par exemple la santé
20 mentale et la dépendance. Les SIPPE ne sont pas
21 faits pour répondre à ces besoins-là, mais on
22 pourrait travailler de concert, les équipes SIPPE
23 pour la parentalité, et les équipes santé mentale
24 dépendance pour les problématiques spécifiques de
25 ces parents.

1 Deuxième recommandation : le soutien
2 parental universel. On a de belles expériences au
3 Québec. On a des programmes prouvés efficaces pour
4 soutenir les parents dans leurs habiletés
5 parentales positives. Des programmes comme le
6 Triple P, Ces années incroyables, Espace parents,
7 qui ont été développés pour les familles
8 immigrantes. Oui.

9 LA PRÉSIDENTE :

10 Pour ceux qui ne sont pas du milieu, Triple P?
11 R. Triple P, c'est un... on pourra l'expliquer peut-
12 être après la présentation, Triple P c'est un
13 programme d'habiletés parentales avec différents
14 niveaux de... niveau d'intervention selon les
15 besoins des familles, c'est un programme
16 australien. Et donc, qui a été expérimenté dans la
17 région de Montréal et dans la Capitale-Nationale et
18 qui, actuellement aussi... il y a même la Ville de
19 Montréal qui commence à... et le ministère de la
20 Sécurité publique qui commencent à investir dans
21 certains quartiers pour soutenir son déploiement.
22 Ce sont des programmes qui arrivent vraiment à des
23 résultats rapides, positifs, qui donnent de l'auto-
24 efficacité aux parents, qui sont non stigmatisants
25 et qui nous permettent vraiment d'avoir des

1 résultats peu importe le statut socio-économique
2 des familles. Et ça, je pense que c'est très
3 gagnant. Ces programmes-là sont dans le programme
4 national de santé publique, dans la politique
5 gouvernementale, mais malheureusement ils ne sont
6 pas implantés largement.

7 Et on a ajouté un petit élément du défi de
8 la parentalité et de l'immigration. Nous croyons
9 que ça doit devenir une priorité, que de déployer
10 des programmes spécifiques aux habiletés parentales
11 pour les nouveaux arrivants avec le ministère de la
12 Francisation et de l'Intégration des immigrants.

13 Troisième recommandation : les communautés
14 bienveillantes. Les communautés bienveillantes, on
15 le sait, on parle souvent que ça prend tout un
16 village pour élever un enfant et on doit,
17 collectivement, soutenir ces communautés-là dans
18 leur capacité de travailler ensemble sur des enjeux
19 spécifiques. Puis comme vous le disiez, dans
20 d'autres audiences la Côte-Nord n'a pas les mêmes
21 problématiques que Montréal, donc chaque communauté
22 a... le visage et les enjeux des familles sont
23 différents.

24 À cet égard, le Québec a vraiment des
25 acquis tellement intéressants et tellement... on a

1 réussi à faire un bon bout de chemin, entre autres
2 avec l'entente que le gouvernement avait avec la
3 Fondation Lucie et André Chagnon avec Avenir
4 d'enfants. C'était quatre cent millions (400 M\$)
5 pendant deux ans, investis dans nos communautés
6 pour soutenir cette action autour de la famille et
7 des jeunes enfants et ça prend fin.

8 Les communautés, actuellement, on est en
9 train de perdre nos acquis et les coordonnateurs se
10 cherchent des emplois ailleurs, donc toute cette
11 mobilisation-là est en train de s'effriter si on ne
12 la consolide pas rapidement.

13 Donc, on recommande évidemment d'assurer le
14 financement de ces coordinations... la coordination
15 de ces instances-là, où on trouve la communauté, la
16 santé, les services de garde, le scolaire, mais
17 aussi la municipalité qui regarde le visage de
18 leurs familles et trouve des solutions collectives.
19 D'assurer le financement aussi d'agents de milieu
20 ou des agents de proximité qui sont vraiment sur le
21 terrain et qui font du démarchage auprès des
22 familles les plus isolées pour les amener vers les
23 services. C'est un élément gagnant dans la
24 littérature, mais aussi dans le bilan d'Avenir
25 d'enfants.

1 De bonifier le financement de base aux
2 organismes communautaires famille, qui sont le
3 pilier des services de proximité. Imaginez si on
4 pouvait avoir dans chaque quartier, dans chaque
5 territoire des maisons de la famille qui sont
6 vraiment la porte d'entrée pour les familles les
7 plus vulnérables. Et d'augmenter l'accès aux
8 services de garde éducatifs, plus particulièrement
9 pour les familles vulnérables. On le sait, la
10 fréquentation de services de garde éducatifs, c'est
11 un gage de succès pour le développement, surtout
12 des enfants les plus vulnérables. Nos dernières
13 enquêtes nous démontrent qu'ils le fréquentent
14 moins et quand ils le fréquentent, ils fréquentent
15 ceux de moins bonne qualité.

16 Les services CPE, qui sont reconnus pour
17 avoir, d'être de plus grandes qualités, ne sont pas
18 nécessairement déployés dans les territoires où on
19 en aurait le plus besoin. On doit renverser la
20 situation rapidement puis on a les leviers pour le
21 faire. Il faut développer des places CPE en milieu
22 défavoriser, des places protocole pour les
23 enfants... pour intégrer les enfants vulnérables.

24 Quatrième recommandation : des politiques
25 cohérentes. Donc, on est au niveau de la société,

1 on a une belle politique gouvernementale de
2 prévention en santé, la première orientation cible
3 spécifiquement le développement de l'enfant. Donc,
4 on y traite, entre autres, de développement de
5 programmes d'habiletés parentales, de services de
6 garde éducatifs en milieu défavorisés et
7 d'amélioration des conditions de vie. Malgré les
8 grands gains qu'on a fait en termes de réduction de
9 la pauvreté auprès des familles, on en a encore
10 quand même vingt-neuf mille (29 000) au Québec qui
11 vivent sous le seuil de faible revenu. C'est huit
12 pour cent (8 %) des familles québécoises avec des
13 enfants de zéro-quatre ans, c'est dix-sept pour
14 cent (17 %) à Montréal.

15 Donc, le plan... cette politique-là, il y a
16 un plan d'action interministériel. Il vient à
17 échéance en vingt-vingt et un (2020-2021). Pourquoi
18 ne pas saisir l'opportunité d'inscrire le
19 développement de l'enfant et d'investir encore
20 davantage dans l'orientation 1, qui touche
21 spécifiquement le développement de l'enfant, mais
22 aussi tous les facteurs de risque, l'action sur les
23 facteurs de risque et les facteurs de protection de
24 la maltraitance.

25 Dernière recommandation : l'accès aux

1 meilleures pratiques. Donc, mettre en place des
2 conditions pour favoriser le recours aux meilleures
3 données, aux données probantes, suivre, évaluer ce
4 qu'on fait, faire évoluer. On a... on a des
5 structures en place, mais je pense qu'on n'est pas
6 tous mobilisés dans le même sens pour être encore
7 plus solides dans notre connaissance des enjeux de
8 la maltraitance et dans la mise en pratique des
9 données probantes.

10 Donc, on recommande de confier au réseau de
11 santé publique le mandat de surveiller et de
12 développer un système de surveillance de la
13 maltraitance et de ses déterminants dans une
14 perspective populationnelle. Donc, d'arriver à
15 comprendre, à cartographier, à comprendre les
16 facteurs en amont. Et ça, ça implique de mettre
17 ensemble des bases de données qui, actuellement, ne
18 se parlent pas.

19 De confier à l'Institut national de santé
20 publique le mandat de mobiliser les expertises, de
21 soutenir l'implantation et l'évaluation des
22 programmes et de mettre en place du transfert de
23 connaissance, avec évidemment les centres de
24 recherche et les chaires, qui sont déjà très
25 actives dans le domaine, mais d'avoir une

1 organisation qui est vraiment mandatée pour le
2 faire. Et évidemment, de financer la recherche
3 dans... en prévention de la maltraitance.

4 En conclusion, la prévention de la
5 maltraitance, selon nous, doit être au premier plan
6 des recommandations de la Commission. Le Québec a
7 des acquis importants sur le volet du développement
8 de l'enfant. On nous regarde envieusement dans
9 plusieurs provinces canadiennes. On a des beaux
10 programmes sur lesquels on a déjà des assises
11 solides, il faut les consolider. On connaît les
12 données probantes pour avoir des gains rapides et
13 concrets pour revirer la situation.

14 Pour ça, par contre, il faut confier un
15 mandat clair et une imputabilité claire à une
16 instance qui va porter la prévention de la
17 maltraitance dans toutes ces sphères, donc à tous
18 les niveaux, de l'influence des politiques au
19 soutien des communautés, aux services spécifiques
20 aux familles plus vulnérables. Quand on dit donner
21 l'imputabilité, ça veut dire aussi de donner les
22 leviers d'action, les ressources, la gouvernance et
23 la capacité de suivre ces programmes-là et leur
24 implantation.

25 Donc, les directeurs de santé publique

1 national et des objectifs régionaux de
2 réduction de la maltraitance, confier
3 aux directeurs régionaux de la santé
4 publique la responsabilité de
5 l'atteinte de ces objectifs, Loi sur
6 la santé publique, article 55; doter
7 les directeurs régionaux de santé
8 publique des ressources nécessaires à
9 leur mission.

10 Comment vous recevez ça?

11 Dre MYLÈNE DROUIN :

12 R. Comme je vous le disais dans la présentation, puis
13 Docteur Poirier, vous pourriez compléter, je pense
14 qu'on reçoit très bien que les responsabilités et
15 l'imputabilité en lien avec la prévention de la
16 maltraitance et non pas... je pense qu'on a à
17 travailler avec nos collègues de la DPJ qui, eux,
18 travaillent sur le volet protection et je ne pense
19 pas qu'on a à prendre l'imputabilité ou la
20 responsabilité de surveiller, mais je pense que si
21 on se fixe, collectivement comme société, une cible
22 de réduction de la maltraitance et qu'on décide de
23 déployer la gamme de services à tous les niveaux,
24 au niveau des politiques publiques, des
25 communautés, des services de première ligne, je

1 pense que la santé publique a... a tous les leviers
2 pour prendre cette responsabilité-là, a les leviers
3 législatifs. Par contre, je pense qu'on doit avoir
4 les ressources et les leviers de gouvernance qui
5 viennent avec cette responsabilité-là pour être
6 capable de suivre.

7 Je vous donne un exemple, là,
8 actuellement... puis c'est pas pour jeter à pierre
9 à qui que ce soit, là, mais actuellement j'ai écrit
10 en fin de semaine à tous mes collègues des autres
11 régions pour leur dire : O.K. Les SIPPE sont sous
12 votre gouvernance, là, sont sous votre
13 imputabilité. Dites-moi où vous en êtes, dites-mois
14 les ressources sont investies où. Et j'ai des
15 réponses de suivi assez anecdotiques, me disant :
16 ils sont confiés ailleurs, on suit une fois par
17 année ou quelques... mais j'ai pas les leviers pour
18 être capable de dire bien on déploie des stratégies
19 de « outreach » dans les communautés, on transforme
20 ou on met en place. Donc, on a à travailler avec
21 nos Directions jeunesse, puis je pense que les
22 Directions jeunesse font leur possible avec les
23 ressources qu'ils ont en place et aussi les enjeux
24 des programmes de négligence pour faire avancer
25 ces... pour répondre aux demandes des familles.

1 Mais je pense qu'on a... si on souhaite que la
2 prévention prenne toute sa place, on a à... aussi à
3 confier et à donner les leviers à une instance qui
4 serait imputable. Docteur Poirier?

5 Dr ALAIN POIRIER :

6 R. Bien pour compléter ce que docteure Drouin
7 mentionne, je veux juste revenir sur quelques
8 éléments de la déclaration de Camil, que je connais
9 bien. Il évoque le mandat : est-ce que c'est un
10 enjeu prioritaire de santé publique? La réponse
11 c'est : oui. Il faut que ce soit quelque chose
12 d'une ampleur, d'une gravité, qu'il ait des
13 interventions efficaces qui sont réalisables. C'est
14 le cas parfaitement. C'est une priorité de santé
15 publique.

16 Notre perspective est évidemment
17 préventive, donc il y a d'autres gens au sommet de
18 la pyramide disons, si on... au sommet de la
19 pyramide ou la pointe de l'iceberg, prenez la
20 métaphore que vous voulez ou la goutte qui fait
21 déborder le vase quand il y a des signalements,
22 mais il ne faut pas mettre en opposition avec la
23 prévention.

24 Il faut cependant avoir le courage
25 d'investir en prévention parce que toute société

1 humaine qui se respecte commence par éteindre les
2 feux. Les pompiers ne viennent pas vous... ne
3 commencent pas à éteindre l'incendie chez vous en
4 vous demandant si vous avez un détecteur de fumée.
5 Dans un deuxième temps, on fera ça. Mais donc, il
6 faut toujours commencer par les services urgents,
7 là où ça saigne. Ça, on comprend bien ça quand on a
8 choisi de faire de la santé publique.

9 Mais dans tous les dossiers il faut aussi
10 avoir le courage d'investir une petite portion de
11 l'énormité... de l'énormité... de la grande partie
12 des sommes qui vont au curatif, il faut investir en
13 prévention. Et ça, c'est une notion de volonté et
14 de courage et il ne s'agit pas de renverser les
15 investissements.

16 Alors pour la responsabilité, une qui est
17 très claire dans la Loi de deux mille un (2001) en
18 santé publique c'est : on a la surveillance, les
19 mandats de surveillance.

20 J'étais directeur national quand on a sorti
21 le, en vertu de la Loi, le premier plan de
22 surveillance et dans le secteur psychosocial santé
23 mentale, nous étions dès le départ très faibles.
24 C'était un secteur à développer. Qu'est-ce qu'on va
25 suivre? Ça prend des enquêtes, ça prend des

1 données, ça prend de l'imagination. On avait des
2 centaines d'indicateurs de mortalité et de maladie
3 chronique, etc., mais ça fait donc près de vingt
4 (20) ans maintenant où il faut développer notre
5 capacité de suivre, dans ce cas-ci, le
6 développement des enfants.

7 Depuis le début, on a évoqué l'avis de
8 grossesse, c'était un premier départ, mais quels
9 sont nos indicateurs autres que d'attendre à cinq
10 (5) ans puis de mesurer le niveau de développement
11 des enfants? Il faut avoir une trajectoire où on
12 suit toute la normalité. Ça, c'est dans notre
13 mandat : la surveillance de l'état de santé, on est
14 très près et on a les outils. Et l'exclusivité de
15 la surveillance, c'est le ministre et les
16 directeurs régionaux de santé publique.

17 Puis le dernier commentaire de Camil, si
18 j'ai... si je répète ce que vous dites, c'est : il
19 faut avoir les ressources nécessaires à la mission.
20 Mylène a assez bien évoqué le fait et je suis allé
21 là-dedans aussi, il faut avoir ce courage
22 d'investir un peu plus en prévention. L'OMS a déjà
23 recommandé cinq pour cent (5 %) des investissements
24 en prévention. Au Québec, il y a dix (10) ans on
25 était à trois point quatre (3,4 %), on est en bas

1 de deux pour cent (2 %) maintenant dans le
2 programme général de santé publique. Je ne parle
3 pas juste du développement des enfants. Donc, en ce
4 moment où il semble que les finances de l'État sont
5 meilleures, il faut avoir le courage de réinvestir
6 en prévention au Québec.

7 Q. [2] Il existe aux États-Unis, vous êtes sûrement au
8 courant de certaines de ces études où on démontre
9 assez clairement que la vulnérabilité, la pauvreté,
10 toxicomanie, maladies, peu importe, tout ce qui
11 gravite autour de la maltraitance et qui engendrent
12 la maltraitance a des conséquences sur la santé non
13 seulement psychosociale, mais aussi physique.
14 L'incidence de maladies comme le diabète,
15 l'artériosclérose, la dépression sont en hausse
16 dans ces... dans ces environnements-là. Est-ce
17 qu'au fond, on ne gagnerait pas en prenant comme
18 concept que la maltraitance c'est d'abord et avant
19 tout une forme, une maladie et non pas juste
20 l'affaire de quelques brutes personnes auxquelles
21 on ne veut rien avoir avec, si je peux me permettre
22 cet anglicisme-là. Au fond, c'est un problème de
23 santé, qui se traite... qui se prévient, comme se
24 préviennent les autres maladies en lien avec des
25 facteurs de l'environnement, que ce soit la

1 diffusion des pesticides, de la qualité de l'eau
2 potable, et caetera.

3 Dre MYLÈNE DROUIN :

4 R. C'est une très bonne question. On n'a pas encore
5 réussi à amener l'obésité comme une maladie, donc
6 on est encore aux facteurs de risque, puis je pense
7 que le spectre de la maltraitance est assez large
8 et même les études le démontrent, des fois des
9 mesures punitives même pas très fortes peuvent
10 avoir un impact chez l'enfant aussi. Donc, t'sais,
11 il y a quand même un spectre, donc de dire que
12 c'est une maladie ou non... mais je pense que
13 clairement - puis il y a même une étude qui est
14 sortie dernièrement - de plus en plus la
15 documentation sur ce qu'ils appellent les
16 événements traumatiques de l'enfance et leur impact
17 sur l'obésité, le tabagisme, les dépendances, mais
18 aussi la santé mentale sont bien documentés.

19 On documente aussi, comme je le disais tout
20 à l'heure, le fardeau sociétal. Et on le sait,
21 c'est des milliards, ces événements traumatiques-là
22 de l'enfance et surtout ceux qui en ont eu plus de
23 deux, ça explique trente pour cent (30 %) des
24 troubles anxieux, quarante pour cent (40 %) des
25 problèmes de dépression à l'âge adulte. Donc, c'est

1 clairement le tabagisme, obésité. Donc, il y a une
2 partie de ces traumatismes de l'enfance-là qui sont
3 des facteurs de risque et je pense qu'on ne les
4 mettait pas dans la toile causale quand on
5 travaillait sur les maladies chroniques, l'obésité
6 ou le tabagisme. Et je pense que c'est ça qu'on
7 doit commencer à travailler.

8 Et on voit, avec ces dernières études-là,
9 ces méta-analyses, puis on va vous l'envoyer, que
10 si on réduit la prévalence de ces... le nombre ou
11 la survenue de ces événements traumatiques-là, on
12 peut réduire... à l'échelle nord-américaine,
13 c'était cent cinq milliards de dollars (150 G\$)
14 d'économies, là. C'est sûr que pour le Canada... il
15 faudrait faire le calcul à l'échelle québécoise,
16 mais c'est des sommes astronomiques en termes de
17 fardeau et de conséquences de ces événements-là
18 pour la société.

19 Dre SUZANNE DE BLOIS :

20 R. Si tu me permets.

21 Dre MYLÈNE DROUIN :

22 R. Oui.

23 Dre SUZANNE DE BLOIS :

24 R. Je pourrais rajouter aussi que dans... dans cette
25 optique-là, l'OMS Europe a recommandé qu'il y ait

1 des liens qui soient faits avec tous les autres
2 plans, par exemple, de prévention des maladies
3 chroniques non transmissibles et que ce soit
4 clairement indiqué que c'est un facteur de risque
5 pour ces maladies-là. Donc... et malheureusement,
6 ils disaient aussi dans le rapport qu'il y avait
7 seulement cinquante-trois pour cent (53 %) des
8 pays, là, qui faisaient ce lien, qui
9 reconnaissaient que la maltraitance chez les
10 enfants c'est un facteur de risque important. Donc,
11 il faut vraiment faire le lien aussi avec toutes
12 les politiques, là, en santé.

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

14 LA PRÉSIDENTE :

15 Merci. On va poursuivre avec Danielle Tremblay.

16 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

17 Q. **[4]** Alors bonjour à vous trois. Merci de votre
18 présence et de la qualité de votre réflexion que
19 vous nous partagez.

20 J'aimerais continuer sur le sujet de la
21 gouvernance. Vous nous parlez d'imputabilité, vous
22 nous parlez d'avoir les leviers d'action
23 nécessaires. Docteur Poirier, vous dites qu'au
24 Québec, on est bas de deux pour cent (2 %)
25 d'investissements en santé publique.

1 On sait qu'au cours des dernières années,
2 je crois que les ressources en santé publique ont
3 été largement amputées là. Je crois de trente pour
4 cent (30 %).

5 Comment voyez-vous les conditions
6 organisationnelles, finalement, pour vous permettre
7 d'assumer cette imputabilité-là? Si on prend
8 l'exemple des SIPPE, dans votre mémoire, vous nous
9 dites aussi là que les directeurs de la santé
10 publique s'engagent à assurer le monitoring.

11 Vous dites que vous interpellé vos
12 collègues et que les réponses sont plutôt légères,
13 si je peux m'exprimer ainsi. Alors, comment vous
14 voyez que vous pouvez exercer cette imputabilité-
15 là?

16 Dre MYLÈNE DROUIN :

17 R. Mon Dieu... euh... bien, je pense qu'actuellement,
18 le Programme national de santé publique et tous nos
19 plans d'action régionaux sont sous l'imputabilité
20 des directeurs, mais la gouvernance des programmes,
21 ce qu'on appelle... Tous les programmes ne sont pas
22 hiérarchiquement rattachés aux directeurs.

23 Donc, sur certaines activités qu'on fait
24 les enquêtes de maladies infectieuses, c'est sous
25 notre gouvernance. Mais beaucoup de programmes,

1 dont les programmes de prévention, promotion, sont
2 confiés à l'intérieur de...

3 Q. **[5]** Et est-ce que ça, pour vous, c'est un problème?
4 En termes de...

5 R. C'est un problème dans la mesure où en confiant ces
6 services-là à l'intérieur de d'autres... Souvent on
7 a des avantages parce qu'un assure un meilleur
8 continuum de services, par exemple.

9 On s'assure de bien rattacher, mais on même
10 temps on a souvent des glissements, on voit
11 certainement des glissements de ressources, de la
12 difficulté à bien circonscrire la part de la
13 prévention et à, des fois, aussi, réorienter
14 certains programmes parce qu'on est toujours à la
15 remorque de d'autres directions pour amener à
16 former les intervenants ou à changer les
17 orientations d'un programme suite à une évaluation
18 où on décide.

19 Donc, c'est sûr que de mettre en place...
20 est-ce que c'est une gouvernance directe? Ou est-ce
21 que c'est des mécanismes qui nous permettent
22 d'avoir un certain pare-feu pour protéger les
23 budgets, protéger, évidemment les ressources pour
24 qu'elles soient dédiées, formées et compétentes, en
25 prévention.

1 Ce n'est pas n'importe qui, qui peut mener
2 ces programmes-là, mais des fois on voit que
3 oups... il y a un certain laxisme selon... On
4 n'arrive pas à bien assurer la fidélité du
5 programme qu'on conçoit puis qu'on conçoit comme
6 efficace, au départ, parce que c'est notre
7 expertise.

8 Mais quand on arrive dans l'implantation,
9 il y a des éléments qui nous filent, un peu, entre
10 les doigts. Et je pense qu'on a à voir est-ce que
11 ça veut dire une gouvernance directe? Ou du moins,
12 de mettre en place des mécanismes qui nous
13 permettraient, au moins, de protéger et de voir
14 qu'au fil des années...

15 Puis là, avec la réforme, en plus, il y a
16 eu vraiment... Là, je parle juste pour Jeunesse,
17 mais il y a eu vraiment le jumelage de la première
18 ligne avec la Protection de la jeunesse, dans des
19 grandes directions.

20 Je pense que ça a, comme je le dis, des
21 avantages parce qu'on peut voir une belle
22 trajectoire puis on peut... Mais en même temps, on
23 le voit qu'il peut y avoir aussi un glissement.
24 Donc, c'est où qu'on met des balises puis de petits
25 drapeaux pour être sûr qu'on évite ce glissement-là

1 puis que le...

2 Un point... moi, je l'ai calculé, un point
3 huit pour cent (1,8 %) de financement en santé
4 publique ne devienne pas un point huit (1,8 %),
5 point sept (1,7 %) et puis, finalement, on n'a plus
6 une action suffisante pour avoir un impact.

7 Q. **[6]** Et l'un des objectifs de la réforme était
8 justement d'asseoir tout le monde ensemble autour
9 d'un même... tous les décideurs autour d'un même
10 comité de direction pour permettre un meilleur
11 arrimage.

12 Et ce que j'entends de votre discours,
13 c'est qu'en ce qui concerne la santé publique, ce
14 n'est pas ça qui a pu arriver. Vous notez les
15 glissements, vous notez le fait que les budgets qui
16 sont dédiés, par exemple, aux programmes SIPPE
17 peuvent être dilués ailleurs.

18 R. Bien, moi, je dirais... dans la région de Montréal,
19 c'est particulier parce qu'on a cinq
20 établissements. Je pense que dans certaines régions
21 il y a quand même eu des gains intéressants. Puis
22 je pense, ce rapprochement-là... puis je pense
23 qu'on a à continuer avec les directions jeunesse,
24 avec les directions de la DPJ. Clairement, il y a
25 des avantages.

1 Par contre, je pense que... on ne se le
2 cachera pas, quand on est dans des établissements
3 de plusieurs... de un point quelque milliard puis
4 qu'on a un budget qui sont des grenailles, quand ça
5 crie, c'est sûr que les priorités...

6 Puis je pense que ça a été dit dans
7 certaines audiences, autour d'une salle de
8 pilotage, ce n'est pas nécessairement l'enjeu de la
9 DPJ qui va être sur le tableau de bord ou l'enjeu
10 de l'enfance ou de la première ligne.

11 Dans certains CIUSSS ou CISSS, ça a peut-
12 être été le cas, mais c'est la même chose quand on
13 arrive dans des directions jeunesse. Est-ce que
14 c'est la première ligne qui a eu toute la place
15 pour être capable de se développer?

16 Ça fait que nous, on est un peu ces chiens
17 de garde-là, puis dans le fond, aujourd'hui, on
18 vous dit : Il y a quand même, peut-être, des
19 mesures à prendre pour s'assurer que si on souhaite
20 investir en première ligne, qu'on mette aussi ces
21 pare-feux là pour s'assurer que l'investissement
22 reste en prévention.

23 Q. **[7]** Docteur Poirier.

24 Dr ALAIN POIRIER :

25 R. L'imputabilité prend une couleur particulière

1 pouvoirs... Mylène aussi a évoqué le pouvoir
2 d'interpellation. Le pouvoir d'interpellation, dans
3 la Loi de santé publique, donne aux directeurs de
4 la santé publique la capacité de solliciter la
5 collaboration des autres, mais il ne lui donne pas
6 autorité sur les autres. Elle lui dit que
7 publiquement, il peut interpellier le secteur de la
8 Ville pour contribuer à la solution.

9 Donc, ce travail de participation des
10 citoyens, mais de participation des autres parties
11 prenantes, ça c'est le défi de faire de la
12 prévention de la santé publique quand il y a des
13 facteurs de risques dans toute la société.

14 Alors, qu'on soit imputable de la
15 surveillance. On est déjà responsable d'informer.
16 « Informer » peut vouloir dire aussi de
17 « dénoncer ». Mais après ça, dans les décisions de
18 crédits, ça, ça se passe à un autre niveau. Et dans
19 le cas de la prévention, ce qu'on a observé, malgré
20 qu'on a des responsabilités légales en promotion
21 prévention, on a vu ces coupures-là arriver.

22 Donc, c'est à un niveau sociétal plus large
23 qu'il faut aussi faire des, je dirais, des
24 recommandations si on veut garder le nerf de la
25 guerre de la prévention.

1 Parce qu'en prévention, quatre-vingt pour
2 cent (80 %) des budgets, ce n'est pas une
3 technologie, ce n'est pas un médicament, ce sont
4 des ressources humaines pour travailler avec des
5 partenaires et travailler avec les communautés.
6 Donc, si on coupe les budgets, ça veut dire qu'on
7 coupe des expertises pour faire ce travail-là en
8 partenariat.

9 Q. **[8]** Et j'imagine que l'exemple que vous nous avez
10 donné sur les communautés bienveillantes là, avec
11 la fin du financement d'Avenir d'enfants, c'est
12 l'exemple là, que vous nous donnez là.

13 On l'a entendu beaucoup dans nos audiences
14 là que c'est... tout ce travail de collaboration-
15 là, d'intersectorialité-là, qui s'est mis en place
16 et qui, malheureusement, se termine bientôt là.
17 Juin, je crois là.

18 Dre MYLÈNE DROUIN :

19 R. En juin prochain. On travaille fort pour trouver
20 des leviers pour maintenir ça en place.

21 Q. **[9]** Hum, hum.

22 R. Oui, puis ça se travaille à l'échelle des
23 communautés, mais aussi à l'échelle régionale ou
24 tous les ministères. T'sais, on s'assoit avec les
25 ministères, avec les partenaires régionaux aussi.

1 Donc, c'est du travail qui se fait à plusieurs
2 niveaux.

3 Dr ALAIN POIRIER :

4 Juste rajouter sur la question de... On a parlé,
5 tout à l'heure, du Programme des PPP, en Estrie, où
6 je suis. Les gens ont fait un travail sérieux pour
7 identifier tous les programmes efficaces, mais
8 aussi réalistes.

9 Qu'est-ce qu'on peut déployer? Qu'est-ce
10 qu'on a les moyens de déployer? Quelles sortes de
11 ressources on a, en Estrie, dans le contexte
12 actuel, pour dire : On va travailler sur des
13 communautés bienveillantes.

14 Le Programme PPP n'a pas été retenu. Il
15 était très fort au niveau de l'évaluation de
16 l'efficacité, mais au niveau de la capacité de le
17 faire, les gens, réalistement, ont dit : « On ne
18 sera pas capable de déployer ça, avec les
19 conditions, l'intensité et les ressources. »

20 Donc, on a fait quelque chose d'autre qui
21 était acceptable, discuter avec la... Donc, ce
22 n'était pas juste une revue de littérature, c'était
23 de discuter avec... C'est arrivé avant que
24 j'arrive, ça fait quelques mois que je suis là.

25 Et donc, de façon réaliste, les gens ont

1 dit : « On va avoir une approche positive », qui
2 est très très proche du soutien parental, mais qui
3 demande moins de ressources parce qu'on a moins de
4 ressources. Alors, vous voyez, ça, ça fait partie
5 du test de la réalité. On n'a pas le parfait
6 contrôle sur les investissements.

7 Donc, le choix qu'on a fait, chez nous,
8 c'est d'avoir une approche positive pour toute
9 l'Estrie, avec une dizaine de personnes qui vont
10 accompagner les milieux, services de garde, écoles,
11 qui, eux, sont les services de proximité en termes
12 de développement des enfants, les familles aussi,
13 les parents. Mais compte tenu des ressources qu'on
14 a, on fait des choix pas aussi larges et étendus.
15 Et ça, c'est en Estrie. Il n'y a pas de tels
16 programmes comme Mylène l'a évoqué, au niveau
17 national.

18 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

19 Je vous remercie beaucoup.

20 Dre MYLÈNE DROUIN :

21 Merci.

22 LA PRÉSIDENTE :

23 Merci. On va poursuivre avec Lesley Hill.

24 Mme LESLY HILL, commissaire :

25 Q. [10] Donc, merci beaucoup de la présentation que

1 vous nous faites et du lobby pour la prévention.
2 Donc, je vais juste continuer sur ce que vous venez
3 de dire parce que c'est une des préoccupations de
4 la Commission de voir comment on peut s'assurer que
5 les pratiques mises en oeuvre, dans les services
6 dits de première ligne ou de proximité, soient
7 efficaces, avec les conditions nécessaires et les
8 ressources pour leur actualisation.

9 Donc, vous avez parlé de soutien parental.
10 Les directeurs jeunesse nous ont dit que si les
11 gens ne rencontrent pas les critères du SIPPE, ils
12 n'ont pas grand chose à leur offrir. Pouvez-vous
13 nous dire, à votre avis, c'est quoi qu'il faudrait
14 mettre de l'avant pour assurer une efficacité,
15 surtout dans les services de proximité?

16 Dre SUZANNE DE BLOIS :

17 R. Bien, c'est sur que les SIPPE sont, t'sais, ils ont
18 été élaborés, vraiment, pour répondre à des besoins
19 de familles en situation de vulnérabilité. Et dans
20 ce sens-là, on veut vraiment concentrer les efforts
21 pour bien les rejoindre, ces familles-là.

22 Naturellement, ce qu'on voit, au fil des
23 années, c'est qu'effectivement, il n'y a peut-être
24 pas eu assez de services de d'autres natures pour
25 répondre aux besoins d'autres familles. Et dans ce

1 sens-là, notre recommandation, qu'il y ait vraiment
2 un programme de soutien parental, qui soit adopté
3 dans l'offre de service de base des six CIUSSS,
4 bien ça viendrait répondre à certains de ces
5 besoins-là.

6 Donc, les parents qui consultent parce
7 qu'ils vivent certaines difficultés, pourraient
8 avoir accès à des services qui sont adaptés. Comme
9 le disait Mylène, tout à l'heure, Triple P, c'est
10 un exemple, parce qu'on répond avec des modalités,
11 une intensité, adaptées aux besoins des familles
12 selon leur situation. Donc, c'est une des réponses.

13 Naturellement, il faudrait revoir, dans
14 l'offre de service de base, dans les CIUSSS, CISSS,
15 quels sont les autres services à mettre en place.
16 D'autant plus, si on déploie le système d'avis de
17 grossesses pour rejoindre plus de familles.

18 Alors, c'est sûr que si on essaie de
19 rejoindre toutes les femmes enceintes précocement,
20 comme ce qu'on propose, bien, il faut s'assurer
21 qu'au bout du téléphone, il y a quelqu'un, il y a
22 quelqu'un qui répond, il y a une intervenante, une
23 infirmière, qui peut prendre contact rapidement,
24 qui peut regarder quels sont les besoins de la
25 famille et rapidement orienter la femme et la

1 famille vers les bons services, autant dans le
2 CISSS, CIUSSS, que dans la communauté.

3 Donc, ça prend des ressources, aussi, pour
4 répondre à ce type de besoins-là. Comme santé
5 publique, ce qu'on propose, c'est quand même
6 d'ajouter un programme de soutien parental, dans
7 l'offre de service de base.

8 Q. [11] Parfait. Si on parle des SIPPE, vous avez
9 quand même documenté un certain effritement puis
10 des conditions qui ne sont pas au rendez-vous à
11 l'intérieur des établissements pour maintenir cette
12 offre de service. Avez-vous des recommandations
13 spécifiques, à cet effet-là?

14 Au niveau de la formation, vous avez
15 mentionné que vous pourriez être un peu garants,
16 les directeurs de santé publique, d'assurer des
17 ressources formées et stables?

18 R. Le cadre de référence des SIPPE a été révisé là, en
19 deux mille dix-neuf (2019). C'est sous l'égide du
20 ministère de la Santé, mais avec des expertises,
21 autant de l'Institut national de santé publique que
22 les directions régionales.

23 Et on a essayé, à ce moment-là, de vraiment
24 regarder quelles étaient les meilleures modalités
25 pour continuer à offrir ce programme-là, mais aussi

1 quels sont... le soutien. Et il y a eu beaucoup
2 d'investissement qui a été fait au niveau de
3 l'accompagnement, la supervision clinique là.

4 Donc, il y a une formation qui a été
5 offerte à toutes les personnes qui jouent ce rôle-
6 là dans les CISSS, CIUSSS, pour vraiment s'assurer
7 de la qualité, répondre aux besoins des
8 intervenants qui font face souvent à des situations
9 quand même aussi complexes là, en termes de
10 conditions de vie.

11 Donc, il y a vraiment, déjà, un processus
12 pour renforcer la formation et l'accompagnement
13 clinique ou la supervision clinique là qui est en
14 cours. Et il y a, selon les régions, il y a des
15 modalités qui sont mises en place, des communautés
16 de pratique, des rencontres locales avec les
17 équipes aussi, pour s'assurer que le programme est
18 implanté le plus possible là selon ce qui est
19 défini dans le cadre de référence.

20 Dre MYLÈNE DROUIN :

21 R. J'ajouterais juste... Dans le fond, l'enjeu
22 qu'on... et ce qu'on recommande, nous, c'est
23 vraiment d'avoir des ressources dédiées, oui,
24 compétentes. Puis je pense qu'on a une offre de
25 service pour les maintenir compétentes, mais des

1 équipes stables et dédiées en quantité suffisante,
2 donc pour répondre à la demande.

3 Puis plus... si on implante l'avis de
4 grossesse, c'est clair que là... et les agents de
5 milieux, on devrait être capables d'aller chercher
6 les femmes plus précocement. Donc, il faut,
7 évidemment, être capables de répondre à la demande.

8 Dr ALAIN POIRIER :

9 R. L'autre élément que moi, je rajouterais, c'est que
10 les SIPPE, ce n'est pas la panacée. Il y a des
11 enfants qui, à l'intérieur des services, pour
12 lesquels ce qu'offrent les services intégrés en
13 périnatalité ne constituent pas la solution.

14 Il y a des enfants avec plus de
15 difficultés. Quand les parents sont aux prises avec
16 un problème de toxicomanie ou de santé mentale, ça
17 fait déjà plusieurs années, et ces discussions-là
18 durent depuis l'époque où même j'étais au
19 ministère, où il faut préciser les enfants qui
20 posent... les familles qui posent plus de défis
21 pour lesquels les SIPPE...

22 Donc, à défaut d'autres services, d'autres
23 corridors de services, les gens pouvaient utiliser
24 les ressources et la modalité d'intervention des
25 services intégrés, mais avec peu de résultats.

1 Donc, ça veut dire que oui, il faut
2 protéger les SIPPE, mais il faut aussi ne pas
3 penser qu'il y a, certes... que c'est la solution
4 pour toutes les catégories de familles. Et ça, ça
5 appelle le lien vers des corridors de services
6 peut-être plus pointus, plus spécialisés, plus
7 dédiés à des problématiques plus complexes que...
8 j'allais dire le complexe de la pauvreté...
9 c'est... euh...

10 Q. **[12]** Oui.

11 R. ... je retire ça. Mais plus complexes que les
12 déterminants des SIPPE que sont la monoparentalité,
13 le niveau d'éducation des parents et, bien sûr, le
14 revenu. Il y a d'autres conditions plus sévères qui
15 méritent d'autres types de services.

16 Q. **[13]** Iriez-vous jusqu'à dire que les parents de
17 jeunes enfants devraient être priorisés au niveau
18 des services de santé mentale et dépendance?

19 Dre SUZANNE DE BLOIS :

20 R. Oui, définitivement. Il y a quand même, dans
21 plusieurs établissements déjà, des liens là qui se
22 font entre les équipes autour de la petite enfance,
23 en périnatalité et ces programmes-là. Moi, j'ai
24 pratiqué dans un CIUSSS au niveau du Programme
25 santé mentale adulte et il y avait des liens avec

1 l'équipe quand il y avait des enfants là, qui
2 étaient dans le tableau.

3 Mais certainement, ça devrait être une
4 priorité pour l'accès aux services rapides étant
5 donné l'impact que ça a, la problématique de santé
6 mentale plus sérieuse quand il n'y a pas
7 l'accompagnement, le soutien nécessaire, pour le
8 rétablissement au niveau de la disponibilité là,
9 pour les enfants. Donc, oui, ça devrait être une
10 priorité.

11 Q. **[14]** O.K. Puis au niveau des modalités avec les
12 clientèles en contextes de vulnérabilité, est-ce
13 que vous voyez plus la modalité de la visite à
14 domicile? Visite à domicile, visite post-natale
15 aussi, à domicile? Universelle? Qui semble avoir
16 glissé dans certaines régions. On fait juste des
17 appels téléphoniques si ce n'est pas un premier
18 enfant. Donc, c'est quoi l'avantage de la visite à
19 domicile versus d'autres types de façons de faire?

20 R. Bien, le programme de visites à domicile, tel qu'il
21 a été évalué, avec l'intensité, la précocité, la
22 continuité, c'est vraiment pour des familles en
23 situations de vulnérabilité, c'est pour cette
24 population-là que ça a été évalué.

25 Donc, ça, je pense qu'il faut... Et dans le

1 cadre de référence des SIPPE de deux mille dix-neuf
2 (2019), on maintient que c'est la modalité
3 principale, c'est la visite à domicile. C'est
4 clairement établi dans le cadre de référence.

5 Pour d'autres populations, la visite à
6 domicile post-natale, jusqu'à maintenant, c'est ce
7 qui a été comme... disons, recommandé pour toutes
8 les familles. Maintenant, on n'a pas des données
9 précises sur qu'est-ce qui se passe au niveau des
10 femmes qui... ça serait un deuxième accouchement
11 là.

12 Mais il faut se questionner là-dessus,
13 effectivement, parce que la réalité ou les
14 conditions peuvent avoir changé. Il peut y avoir
15 d'autres situations au niveau de la famille,
16 d'autres besoins. Un enfant qui a des besoins,
17 aussi, particuliers. Donc, c'est vraiment à
18 regarder plus attentivement là.

19 Q. **[15]** O.K. Puis peut-être dernière petite question
20 éclair. Vous avez écrit que les enfants issus de
21 milieux défavorisés sont moins susceptibles de
22 fréquenter les services éducatifs, puis quand ils y
23 accèdent, c'est souvent de moindre qualité ou il y
24 en a moins de places disponibles dans les quartiers
25 les plus défavorisés.

1 Donc, pouvez-vous nous dire c'est quoi
2 votre recommandation pour améliorer... Bien, un,
3 rejoindre les familles pour offrir les places aux
4 enfants et augmenter le nombre de places dans les
5 quartiers en besoin?

6 DRe MYLÈNE DROUIN :

7 R. Il y a déjà beaucoup de travail qui se fait avec le
8 ministère de la Famille et même, en novembre
9 dernier, suite à la parution des cartographies pour
10 Montréal, le ministère de la Famille a annoncé
11 quatre cents (400) nouvelles places dans les quatre
12 quartiers qu'on avait ciblés, défavorisés, pour
13 lesquels il y avait vraiment... il n'y avait pas
14 suffisamment de places en CPE.

15 Les ententes protocoles sont certainement
16 donc... Qu'il y ait un pourcentage de places dans
17 ces milieux-là qui soient réservées pour les
18 familles de milieux vulnérables, défavorisées. On
19 pourrait augmenter ce nombre de places-là, mais il
20 faut s'assurer qu'elles soient comblées.

21 Et pour qu'elles soient comblées, dans
22 différentes régions, des fois, il y a des
23 initiatives qui... Comme à Montréal, on a un
24 programme qui est « Intervention éducative
25 précoce » où on a des intervenants qui font le lien

1 entre les programmes, par exemple, du SIPPE et
2 l'inscription en milieu de garde, qui accompagnent
3 la famille, mais accompagnent aussi le milieu de
4 garde pour former les éducatrices parce que, des
5 fois, c'est difficile, l'intégration de ces
6 enfants, et s'assurer qu'ils restent dans leur
7 milieu de garde longtemps.

8 Mais c'est programmes-là, c'est avec des
9 petits bouts de ressources, à gauche, à droite. Et
10 tout à l'heure, je parlais pour les SIPPE là, des
11 équipes dédiées, mais nous, à Montréal, on se rend
12 compte que c'est comme... Ce qu'on entend des
13 services de garde et des CIUSSS : « C'est des bouts
14 de ressources qui font ce travail-là, à l'intérieur
15 de leurs tâches. » Ce qui fait en sorte que le
16 service de garde nous dit : « Moi, j'ai des places
17 protocoles, mais je ne les comble pas
18 nécessairement parce que j'ai un appel au début de
19 l'année puis j'ai une visite, une fois par année.
20 Donc, en termes d'appui, je ne suis pas...

21 Donc, on a ce genre d'écho-là du terrain.
22 Donc, il faut aussi... quand on parlait de
23 consolider nos programmes de prévention, s'assurer
24 que ces équipes-là soient dédiées et que...
25 lorsqu'on dit qu'on comble nos places protocoles,

1 bien, on met toutes les conditions autour pour
2 vraiment accompagner ces familles-là et les milieux
3 de garde.

4 Q. **[16]** Merci.

5 Dr ALAIN POIRIER :

6 R. Puis je vous emmènerais un peu ailleurs. Mylène a
7 bien répondu à votre question. Moi, je vais monter
8 en altitude pour m'éloigner de la question.

9 Évidemment, la meilleure solution pour les
10 populations défavorisées, c'est de les sortir de la
11 défavorisation. Donc, dans les politiques publiques
12 favorables à la santé et qui sont bonnes pour tous
13 les problèmes de santé, pas seulement la
14 maltraitance...

15 Il y a, bien sûr... tout le monde est pour
16 la réduction des inégalités sociales et une
17 meilleure distribution de la richesse pour que nos
18 populations défavorisées fréquentent des services
19 de garde, mais aient des meilleurs états de santé.

20 Tous les indicateurs de santé, dans notre
21 programme de surveillance, qu'on mesure, il y a
22 toujours un gradient social des déterminants de la
23 santé. Donc, c'est vrai pour la maltraitance et
24 pour tout le reste.

25 Alors, ça, c'est pour ça que je vous

1 dis : Je m'éloigne un peu de votre question...

2 Q. [17] Hum, hum.

3 R. ... mais c'est fondamental de travailler sur la
4 réduction, la redistribution de la richesse parce
5 que les sociétés qui le font, ont de meilleurs
6 indicateurs de santé. Pas seulement pour les plus
7 pauvres, mais ce gradient social...

8 Qu'est-ce que ça fait quand on se préoccupe
9 de la redistribution de la richesse? C'est que tout
10 le monde progresse, mais ceux qui sont en bas de
11 l'échelle encore plus. Donc, l'échelle fait ça. Les
12 riches ne deviennent pas en moins bon état de
13 santé, ils améliorent leur santé, mais c'est ceux
14 au bas de l'échelle qui s'améliorent le plus.
15 Alors, c'est vrai dans les dossiers de maltraitance
16 comme pour les autres.

17 Mais ce que je voudrais aussi évoquer et
18 revenir plus près de la question, c'est aussi
19 l'enjeu culturel de nos services, de façon
20 générale.

21 Que ça soit à l'école ou en milieux de
22 garde, ces populations, ces parents, ont souvent
23 vécu des échecs pour lesquels c'est même difficile
24 d'aller aux réunions d'école, à la réunion de la
25 garde et d'être confrontés à des gens qui savent.

1 Alors, il y a vraiment une... pas une
2 appropriation, ce n'est pas le bon terme, mais une
3 adaptation culturelle aux différentes populations.

4 Même chose pour les populations
5 immigrantes. On n'en a pas parlé beaucoup,
6 aujourd'hui, mais il y a des enjeux avec nos
7 services de garde et il faut s'assurer qu'on a des
8 services de qualité.

9 Le lieu, l'école, le service de garde ou et
10 caetera, les gens, les spécialistes, disent
11 toujours : « Quels sont nos ingrédients de
12 formation du personnel de qualité? » Et ça, cette
13 approche ou cet accueil des communautés qui
14 fréquentent moins nos services, pour le soutien aux
15 enfants, est fondamental.

16 Mme LESLY HILL, commissaire :

17 Merci.

18 LA PRÉSIDENTE :

19 Merci. On poursuit avec Jean-Simon Gosselin.

20 M. JEAN-SIMON GOSSELIN, commissaire :

21 Q. **[18]** Oui, merci. Pour faire un peu de... pour
22 continuer, on n'a pas parlé, non plus, des enfants
23 autochtones là. Et dans votre plan national, il y a
24 des propos ou il y a des constats, quand même,
25 extrêmement troublants.

1 Je dois d'abord vous dire que ce soit
2 votre mémoire, que ce soit les documents que j'ai
3 pu feuilleter, c'est très bien documenté, c'est
4 sérieux, la santé publique là. On voit que vous
5 êtes bien appuyés par des bonnes équipes. Puis j'ai
6 beaucoup apprécié que tous les directeurs signent
7 votre mémoire. Ça fait une forme d'engagement.

8 Vous semblez connaître les solutions, mais
9 le propos est un peu, décourageant, c'est un gros
10 mot, mais Avenir d'enfants, ça va disparaître. Les
11 services intégrés en périnatalité, ce n'est pas
12 déployé partout adéquatement. Les programmes de
13 soutien et la prévention ou la promotion, les
14 budgets sont passés de cinq (5 %) à deux pour cent
15 (2 %).

16 Vous êtes dans les CISSS et les CIUSSS,
17 dans chacune de vos régions? Est-ce que... juste,
18 parce que... oui? Et est-ce que votre voix porte
19 quand vous parlez à vos collègues pour changer
20 cette espèce de dégradation, dans le fond, de la
21 promotion prévention?

22 Dre MYLÈNE DROUIN :

23 R. Je pense que les gains se font à une échelle plus
24 nationale qu'à l'intérieur des CISSS et CIUSSS.
25 Suite à la réforme, je pense que... puis on le voit

1 avec les priorités, c'est beaucoup, ça vient
2 d'orientations nationales.

3 Donc, pour nous, ce qu'on dit dans notre
4 rapport, c'est qu'on a les données probantes puis
5 on pense qu'il y a des choses concrètes qui ne sont
6 pas si coûteuses que ça pour vraiment que les
7 assises des programmes de prévention soient plus
8 solides.

9 Ça prend une volonté et des orientations
10 nationales qui vont nous permettre de consolider
11 ces assises-là. Je pense qu'on travaille très fort,
12 à l'intérieur de chacune de nos régions, avec les
13 directions jeunesse, avec nos directions, pour
14 protéger, pour mettre les conditions en place, mais
15 il y a d'autres impératifs, d'autres priorités, qui
16 arrivent, des fois, en compétition, qui font en
17 sorte que...

18 C'est sûr que la prévention, ça ne saigne
19 pas. La prévention, ce n'est pas nécessairement ce
20 qui est le plus demandé par les populations et
21 encore moins, les populations vulnérables qui ne
22 sont pas aux premières loges pour revendiquer ce
23 qu'elles devraient avoir comme services.

24 Donc, je pense que ça prend une volonté
25 nationale, mais ce qu'on dit, c'est qu'on a des

1 solutions concrètes qui ne sont pas si coûteuses,
2 mais on avance, on avance sur l'aide...

3 T'sais, on a parlé de l'avis de grossesse,
4 il y a quand même des bouts de chemins qu'on est...
5 des morceaux qu'on est en train d'attacher avec
6 certaines instances puis on avance avec nos
7 communautés, avec nos partenaires intersectoriels
8 qui sont quand même au rendez-vous, ça fait que,
9 soit les municipalités.

10 Mais je pense qu'on peut, s'il y a une
11 volonté nationale, aller un peu plus loin puis
12 qu'on se...

13 Q. **[19]** Alors, je comprends là que la volonté
14 nationale, c'est un élément essentiel pour vous
15 permettre d'agir. Pour faire un peu de millage sur
16 ce que vous venez de venez de dire et ce que votre
17 collègue a dit au début, est-ce que vous les
18 interpellez, les... le volet communautaire?

19 Votre pouvoir d'interpellation, vous
20 avez... ou des communautés, des municipalités de...
21 Est-ce que vous l'utilisez largement dans les
22 régions?

23 R. Oui, puis pas uniquement... Comme on le disait, ce
24 n'est pas uniquement...

25 Q. **[20]** Par rapport là, aux enfants là...

1 R. Oui, oui, oui. Exactement.

2 Q. [21] ... c'est ça le contexte. O.K., parfait.

3 R. Euh... bien, puis Avenir d'enfants a donné un coup
4 de pouce, mais ça existait déjà avant. Donc... mais
5 comme moi je le disais, au départ, on ne le
6 travaille pas sous l'angle de la maltraitance, on
7 le travail sous l'angle du développement de
8 l'enfant.

9 Donc, c'est clair... T'sais, je prends...
10 Là, je vais donner l'exemple de Montréal parce que
11 c'est la région pour laquelle je suis responsable,
12 mais on a une table régionale, Horizon 0-5. Le
13 ministère de la Famille est là, le ministère de
14 l'Éducation, la Ville de Montréal, tous les
15 partenaires et les associations de CPE. Et on
16 travaille la transition scolaire. On travaille
17 différents enjeux spécifiques, l'intégration des
18 communautés culturelles et le soutien aux familles.

19 Et la même chose se déploie dans trente
20 (30) Tables Petite Enfance, dans chaque quartier,
21 dans trente (30) quartiers montréalais.

22 Donc, c'est sûr que nous, on est un des
23 acteurs autour, mais on a quand même un rôle de
24 leadership parce qu'on arrive avec des données
25 d'enquêtes, on arrive avec des données probantes et

1 on arrive même avec certains leviers financiers
2 qu'on a pour soutenir des projets à l'intérieur de
3 nos communautés.

4 Donc, on est déjà dans un mode. On n'arrive
5 pas avec notre article de Loi, en disant : Je vous
6 interpelle sur... Mais c'est clair que depuis de
7 nombreuses années, la santé publique et les
8 organisateurs communautaires sur le terrain, aussi,
9 sont présents dans les instances qui traitent des
10 conditions de vie des familles et des services aux
11 familles, de proximité.

12 Q. [22] Peut-être que vous pourriez ajouter, vu que
13 vous avez eu une vision provinciale?

14 Dr ALAIN POIRIER :

15 R. Bien, en fait, de ce que je voulais vous parler,
16 c'est de la vision régionale pour ne pas que vous
17 partiez d'ici découragé.

18 Il y a un mois exactement, en Estrie, on a
19 sorti un rapport qui s'appelle Voir Grand pour tous
20 nos petits, avec un collectif estrien, le PDG a
21 fait la sortie publique avec moi. On a eu la
22 semaine d'après un grand rassemblement en Estrie où
23 il y avait plus de deux cents (200) personnes pour
24 travailler sur les recommandations qui sont ici,
25 qui sont tout à fait, dans des mots peut-être

1 différents, mais dans le sens de ce qu'on a
2 présenté aujourd'hui.

3 Et, ça, c'est avec le CIUSSS au complet.
4 Nous, on a en plus le CIUSSS CHUS. On est unique
5 dans ce sens-là. Mais c'est vrai qu'il y a eu
6 pendant des années des difficultés. Mais il y a
7 des... L'engagement national serait très important,
8 mais chez nous, en Estrie, on a même développé une
9 charte que les gens pouvaient signer Voir Grand
10 pour tous nos petits. De sorte que cette tendance-
11 là et cette contamination, ce n'est pas moi qui en
12 suis responsable, je viens d'arriver en Estrie,
13 mais donc elle était déjà engagée avec un collectif
14 estrien.

15 Donc, il y a vraiment un mouvement. Et,
16 nous, on travaille avec les cinq réseaux locaux de
17 santé avec... du développement des communautés, la
18 responsabilité populationnelle, le PDG et les hors
19 cadres sont vraiment impliqués dans chacune des
20 sous-régions. Donc, ce travail-là, il y a eu
21 beaucoup de travail associé à la réforme où on met
22 tout ensemble puis on brasse les structures. Les
23 gens ont été beaucoup recentrés sur, comment on
24 fait marcher ces grosses machines.

25 Mais il y a quand même des occasions de se

1 réjouir où il y a les leviers. Moi, je suis à la
2 table avec tous les directeurs. Lors de cette
3 fameuse journée, tous les directeurs jeunesse,
4 santé mentale étaient à cette journée-là avec des
5 partenaires intersectoriels. Alors, la structure
6 actuelle, il ne faut pas la condamner. Il y a eu
7 beaucoup de brasse-camarade qui a nécessité un
8 travail de fond.

9 Mais, moi, au moment où j'arrive en deux
10 mille dix-neuf (2019), on produit un rapport qui
11 est très, très encourageant et où je n'étais pas
12 tout seul. J'ai sorti lorsque j'étais directeur
13 national cinq rapports sur l'état de santé de la
14 population. La loi dit que c'est le ministre qui
15 doit le rendre public même s'il est produit par le
16 directeur national. Malheureusement pour moi, il
17 avait d'autres chats à fouetter. J'ai toujours
18 sorti le rapport tout seul. C'est la première fois
19 que je sors un rapport sur l'état de santé de la
20 population où je suis à côté de mon PDG. Peut-être
21 que ça aide qu'il soit pédiatre.

22 Mais ce que je veux dire, c'est que, dans
23 des structures régionales au-delà du national, puis
24 je pense qu'on a une équipe actuellement au niveau
25 national qui veut aussi travailler sur le

1 développement des enfants, donc il y a de ces
2 conditions qui sont actuellement favorables dans
3 plusieurs endroits. Ça ne veut pas dire que c'est
4 parfait partout. Mais en Estrie, moi, je suis
5 confiant que... je suis moins découragé que vous.

6 Q. **[23]** Ah, bien, je ne suis pas découragé, parce que
7 je vous entends. Une question sans doute à vous,
8 vous avez été directeur national de la Santé
9 publique pendant cinq ans, vous avez dit?

10 R. Dix ans.

11 Q. **[24]** Dix ans. Alors, on a eu un témoin qui nous a
12 suggéré pour les directeurs de la Protection de la
13 jeunesse de prendre le modèle de la Santé publique,
14 c'est-à-dire d'avoir un directeur national et des
15 directeurs régionaux. J'aimerais ça entendre vos
16 réflexions là-dessus.

17 R. Ce n'est sûrement pas une mauvaise idée. Je serais
18 mal placé pour dire ça. Cependant, il faut... Juste
19 vous faire remarquer que le directeur national n'a
20 pas grande description dans la loi. L'article 2 de
21 la Loi du ministère dit que le ministre s'appuie
22 sur un directeur national, qui a le rang de sous-
23 ministre adjoint pour le conseiller et le soutenir
24 dans le déploiement des actions en santé publique.
25 Rien d'autre. Le reste est dans un mandat personnel

1 qu'on reçoit lorsqu'on est engagé. Il n'y a pas
2 beaucoup de... Il n'y a pas de levier.

3 Le mandat que nous avons, nous, les
4 directeurs régionaux d'informer la population, sur
5 notre tête comme individu, le mandat que l'Institut
6 national a d'informer aussi la population, ce sont
7 des mandats qui n'existent pas pour le directeur
8 national. Donc, oui, très bien qu'on s'appuie sur
9 un directeur national dans le cas de la DPJ, mais
10 il faudrait... encore faudrait-il définir ses
11 pouvoirs, ses leviers, et caetera. Sinon la Loi de
12 santé publique dit : voici ce que le ministre peut
13 faire et il peut déléguer certaines fonctions au
14 directeur national, par exemple lorsqu'il y a une
15 épidémie qui touche plusieurs régions, on peut
16 coordonner des actions qui sont normalement réglées
17 ou, je veux dire, sous la responsabilité du
18 directeur régional. Donc, il y a très peu. Malgré
19 qu'il fait beaucoup le directeur national. Et j'ai
20 travaillé très fort pendant dix ans, moi, dans
21 cette fonction-là. Mais il faudra préciser le
22 terrain de jeu d'un directeur national de la DPJ.

23 Q. [25] Peut-être une dernière question, il me reste à
24 peu près une minute, pour votre pyramide, là. C'est
25 les chiffres que je veux bien comprendre. Surtout

1 pour le haut de la pyramide. Quand vous dites dix-
2 huit mille (18 000) signalements, vous voulez dire,
3 c'est les enfants pris en charge, ça, au niveau de
4 l'ensemble du Québec? Parce que c'est cent mille
5 (100 000). Où c'est juste Montréal? Juste
6 comprendre c'est quoi cette pyramide-là?

7 Dre MYLÈNE DROUIN :

8 R. Ce serait les zéro cinq ans (0-5) ans.

9 Q. **[26]** Ah, c'est les zéro cinq ans (0-5) ans?

10 Parfait. O.K. Je comprends.

11 R. Oui, oui, c'est les signalements au départ.

12 Q. **[27]** Oui, je comprends. Parfait.

13 M. ALAIN POIRIER :

14 R. Il faut comprendre aussi que le sommet de la
15 pyramide peut venir de n'importe quel autre
16 véhicule. Ce n'est pas... Donc, quelqu'un qui a un
17 signalement peut venir d'une population non suivie
18 dans les SIPPE. Bref, ça vient de n'importe où.
19 Donc, ce n'est pas une poupée russe qui est juste
20 incluse.

21 Q. **[28]** Je comprends. C'est zéro cinq (0-5) ans. C'est
22 pour ça que je ne comprenais pas les chiffres.

23 Merci.

24 DRe MYLÈNE DROUIN :

25 R. Nos recommandations se centraient beaucoup sur les

1 zéro cinq (0-5) ans aussi.

2 LA PRÉSIDENTE :

3 Q. **[29]** Moi, j'ai une question, mais je vais vous
4 aider, j'ai besoin de me projeter. Est-ce que je
5 peux me permettre de me servir de votre expertise
6 pour rêver? Alors, si on met en place les services
7 intégrés prévention, périnatalité, petite enfance,
8 les fameux SIPPE, si on met en place le programme
9 de soutien parental, si on met en place l'avis de
10 grossesse partout, et tout ça, puis là j'ai en
11 arrière de la tête le nombre de signalements
12 famamineux tout en sachant que le Québec n'est pas
13 une société pire qu'ailleurs, bien au contraire, si
14 on met tout ça en place, dans combien de temps, je
15 vais me sentir mieux, qu'on va voir les effets de
16 ça?

17 Dre MYLÈNE DROUIN :

18 R. C'est une très bonne question. Je pense que, dans
19 les... Sur le nombre de signalements, c'est assez
20 difficile, je n'ai pas de boule de cristal pour le
21 voir, mais clairement on a vu que les programmes
22 d'habilités parentales avaient des effets très,
23 très rapides sur les changements de pratique...
24 l'intégration de pratiques parentales positives,
25 l'auto-efficacité des parents. Je pense qu'on a

1 aussi à travailler sur les conditions de vie, qu'on
2 disait, puis sur ce qui se passe dans nos
3 communautés. Nous, on croit qu'on peut avoir... on
4 peut certainement réduire, parce que ces
5 programmes-là individuellement ont démontré des
6 impacts sur la réduction de la maltraitance.

7 Q. **[30]** Hum, hum.

8 R. Donc, là, on n'a jamais vu la combinaison de toutes
9 ces stratégies-là, à quelle vitesse on peut faire
10 incliner la courbe des signalements. Je pense qu'on
11 va devoir le suivre. Mais individuellement, comme
12 ils ont tous été démontrés efficaces dans ce sens-
13 là, on pense qu'en intensifiant, en s'assurant
14 qu'on est fidèle à ce que les programmes
15 prescrivent pour arriver à cette efficacité-là et
16 qu'on travaille aussi sur les communautés et les
17 conditions de vie, qu'on peut se permettre
18 d'infléchir la courbe. J'aimerais ça vous dire à
19 quel... la pente, là.

20 Q. **[31]** Non, non, mais on se rejoint. Je comprends ce
21 que vous me dites. C'est effectivement pour...
22 C'est ça l'idée. C'est de diminuer les
23 signalements, diminuer les enfants qui prennent
24 l'autobus, comme vous disiez, pour aller vers la
25 Protection. Donc, c'est pour ça, je me dis, on a

1 besoin de comprendre, j'ai besoin de comprendre. Si
2 on met un certain nombre de programmes en place,
3 donc en première ligne, en prévention, dans combien
4 de temps on pense pouvoir voir les effets, mettons
5 sur les zéro cinq (0-5) ans, tout en sachant tout
6 ce que ça veut dire après pour le restant de leurs
7 jours.

8 Dre SUZANNE DE BLOIS :

9 R. Madame Laurent, on pourra peut-être s'inspirer de
10 ce que l'OMS Europe a proposé dans son plan
11 d'action justement de lutte contre la maltraitance,
12 un plan d'action quinze vingt, deux mille quinze,
13 deux mille vingt (2015-2020). Puis ils ont proposé
14 une réduction de vingt pour cent (20 %) en l'espace
15 de cinq ans du nombre... de la prévalence en fait
16 du nombre de cas d'enfants maltraités. Donc, je
17 pense qu'on pourrait s'inspirer d'objectifs
18 ailleurs.

19 Q. **[32]** Vingt pour cent (20 %) cinq ans?

20 R. Oui.

21 Q. **[33]** Super! Merci. Alors on poursuit avec André
22 Lebon.

23 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

24 Q. **[34]** Merci. Vous allez voir que les préoccupations
25 tournent beaucoup autour de la gouvernance parce

1 que vos travaux, votre mémoire est très clair, vous
2 vous êtes documenté, puis tout ça. Alors, moi, je
3 vais repartir de vos propres expressions. Docteur
4 Poirier, vous avez dit « on fait un travail de
5 pousser sur la corde ». Nous autres, on aimerait ça
6 vous donner une gouvernance qui vous permettrait de
7 tirer sur la corde.

8 Puis peut-être que, la question qu'on se
9 pose, c'est, à quel levier de réponse vous
10 devriez... à quel niveau vous devriez être? Puis on
11 a vu que si vous relevez du ministère de la Santé
12 ou du ministre de la Santé, même si vous vous
13 appelez docteur, on a vu que la Santé publique est
14 passée dans le collimateur pareil au détriment des
15 chroniques et des soins d'urgence, et caetera.
16 Puis, t'sais, vous êtes très documenté, puis c'est
17 difficile d'aller contre ça.

18 Alors, nous, on imaginait peut-être en
19 faire un enjeu sociétal et dire, la Santé publique
20 comme la Protection de la jeunesse, puis on revient
21 au modèle, un directeur national et des directeurs
22 régionaux imputables, mais qui ont aussi une... ils
23 ont des dents sur la livraison. Parce que, là, vous
24 êtes imputable de la santé... de la petite enfance,
25 vous êtes imputable de la qualité de l'air, la

1 qualité de l'eau, mais ce n'est pas vous les
2 livrables, c'est les municipalités. Dans le cas
3 ici, c'est le CIUSSS.

4 Bravo pour votre histoire à succès, mais on
5 s'entend-tu que c'est à vitesse variable au Québec
6 votre beau document que vous nous présentez qui a
7 fait l'objet d'un... Alors, oui, on salue ça. Mais
8 si vous aviez un peu plus de dents par rapport à
9 dire, ça, là, c'est une priorité, puis les
10 conséquences, c'est que les gens vont s'y attaquer
11 puisque, en plus, on connaît la façon ou les
12 conditions gagnantes.

13 Ça fait que, nous, on vous rattacherait au
14 premier ministre où on ferait quelque chose de
15 supérieur, à l'abri de la position sociétale. Je
16 dis « nous ». Nous dans nos réflexions. Moi dans
17 mes réflexions, je n'engage rien, je n'engage
18 personne. Première chose.

19 Deuxième chose. On s'est fait dire par
20 des... Alors, oui, le niveau de qui on relève et le
21 pouvoir qui vous est donné. Deux, on s'est fait
22 dire par des témoins, attention, parce que les gens
23 qui sont une instance trop large, qui en couvrent
24 trop large, bien, finalement, la petite enfance ou
25 la prévention, ça passe dans le collimateur, il y a

1 tellement d'autres enjeux sensibles, litigieux,
2 l'environnement, l'eau, ACPDJ, les enquêtes sur la
3 Charte. Et ils nous disent, faites gaffe, parce que
4 si vous confiez ça... Camil Bouchard le suggérait,
5 confiez ça à Santé publique, c'est un enjeu de
6 santé publique. Mais Santé publique, il en mène
7 large. Est-ce qu'il va y avoir encore assez
8 d'énergie pour bien défendre, promouvoir et se
9 faire le porteur de ce dossier-là?

10 Alors deux questions : un éclairage de
11 votre part...

12 Dr ALAIN POIRIER :

13 R. Comme c'est une question « crunch », compte tenu de
14 mon âge, j'y suis par intérim, je vais me permettre
15 d'y répondre. Parce que nous sommes nommés par la
16 ministre de la Santé. Et je vais vous dire tout de
17 suite que je n'ai pas consulté mes collègues avant
18 de répondre ce que je vais répondre.

19 Moi, j'ai travaillé sous monsieur Legault
20 quelques mois comme ministre de la Santé, monsieur
21 Couillard et monsieur Bolduc, pendant les dix ans
22 que j'ai été là. Et tous pouvaient comprendre quand
23 je leur expliquais ce qu'il en était de la santé
24 publique, mais tous avaient quatre-vingt-dix-neuf
25 pour cent (99 %) de leur coeur dans l'organisation

1 des soins et du système.

2 Ce n'est pas tout à fait vrai. Monsieur
3 Legault avait aussi un ministre délégué à la
4 prévention, monsieur Bertrand. Mais ça a été
5 tellement court. J'ai travaillé trois mois sous
6 leur équipe. C'est plutôt avec les autres qui
7 pouvaient comprendre quand je leur parlais de santé
8 publique, mais qui ne m'interpellaient pas pour
9 travailler avec la santé publique.

10 Pourquoi je fais cette introduction et
11 ce... C'est qu'on n'a jamais eu un ministre, un
12 ministre de la Santé publique. On a des ministres
13 de la Santé et des Services sociaux, et que j'ai
14 souvent appelé des ministres des services de santé
15 et des services sociaux. C'est un ministère des
16 SSSS et non pas un ministère tant que ça des SSS.
17 Un peu comme d'autres secteurs qu'on pourrait dire
18 sécurité publique à l'intérieur de...

19 Il y a donc des secteurs pas orphelins,
20 mais beaucoup plus négligés à l'intérieur des
21 secteurs. Si nous avons non pas une ministre
22 déléguée, on a eu toutes sortes de formules, mais
23 des ministres délégués à la Santé publique qui ne
24 signent pas les documents, si on avait un vrai
25 ministre de la Santé publique, en termes de

1 gouvernance au plus haut niveau, auquel se
2 rapportait le directeur national de la Santé, donc
3 un ministre de la Santé publique qui est à la table
4 au conseil des ministres... Je n'ai jamais été au
5 conseil des ministres. On pourrait poser la
6 question à ceux qui l'ont été. Mais il me semble
7 qu'il y aurait plus de voix, plus de capacités
8 qu'un ministre qui a la moitié du budget de l'État,
9 mais qui est très concentré sur l'organisation de
10 ses soins et services, les rendre de façon
11 efficace, et caetera. Bref.

12 Il me semble que, là, au niveau de la
13 gouvernance au plus haut niveau, au plus haut
14 niveau, ça serait utile. Mais je répète que je n'ai
15 pas consulté personne, ni Mylène, pour dire que, au
16 plus haut niveau, ce serait fort utile d'avoir un
17 ministre responsable, un ministre de Santé publique
18 et non pas délégué.

19 Q. **[35]** Merci d'ouvrir des alternatives.

20 Dre MYLÈNE DROUIN :

21 R. J'ajouterais aussi, quand on a vu la Commission sur
22 la protection de la jeunesse, on se disait, ah, on
23 aimerait ça avoir une commission sur la santé
24 publique et son avenir au Québec. Mais ce n'est pas
25 le cas. Donc, je pense que la gouvernance en santé

1 publique, c'est tout un autre chapitre qu'on
2 pourrait discuter très longuement puis clairement
3 de par... Je pense que le Québec a quand même des
4 leviers hyper solides. Notre loi. T'sais, on a une
5 structure qui est reconnue mondialement en santé
6 publique et qui a fait ses preuves. Mais je pense
7 qu'on a à regarder... T'sais, je regarde mes
8 collègues de l'Ontario. Ils ont ce qu'ils appellent
9 les Boards of Public Health, donc des conseils
10 d'administration qui regardent spécifiquement les
11 enjeux de santé publique à l'échelle d'un
12 territoire et qui... Donc, il y a des modèles qui
13 existent, mais c'est tout un autre chapitre.

14 À court terme, par contre, dans le contexte
15 de la problématique de la maltraitance, je pense
16 que là où... comme vous dites, est-ce qu'on peut
17 avoir des dents? Je ne peux pas avoir des dents sur
18 la Ville de Montréal; je ne peux pas avoir des
19 dents en Environnement demain matin. Et peut-être
20 que je ne les veux pas non plus. Mais je pense
21 qu'on peut se permettre de se dire, est-ce que les
22 programmes spécifiques qui sont intégrés dans notre
23 programme national de santé publique et qui
24 touchent le développement de l'enfant, que ce soit
25 Habilités parentales, les SIPPE, est-ce que, là, on

1 peut se donner un petit peu plus les vrais leviers
2 pour être capable de s'assurer qu'ils sont
3 implantés fidèlement et qu'ils sont protégés.

4 LA PRÉSIDENTE :

5 Merci. On poursuit avec Michel Rivard.

6 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

7 Q. [36] Les communautés autochtones, c'est quand même
8 une préoccupation aussi, là, puis ça fait partie du
9 mandat de la Commission. J'aimerais vous entendre
10 là-dessus. Vous parlez dans votre mémoire des
11 communautés conventionnées qui ont accès au
12 programme SIPPE. Je vais le dire pour... Services
13 intégrés de prévention en périnatalité pour la
14 petite enfance. Donc, ce programme-là dont on a
15 beaucoup parlé. Mais, là, les communautés non
16 conventionnées n'ont pas accès au financement, puis
17 c'est à géométrie variable, ce n'est pas récurrent,
18 c'est insuffisant. J'aimerais vous entendre là-
19 dessus, parce que c'est une préoccupation.

20 Dre MYLÈNE DROUIN :

21 R. Clairement, je ne suis pas experte des communautés
22 autochtones. Donc, j'ai consulté mes collègues qui
23 travaillent sur ce volet-là. Et je sais que leurs
24 régions vont déposer des mémoires spécifiques à
25 l'intérieur desquels la santé publique est

1 représentée. Oui. Et je pense que, un, on le sait
2 qu'il y a une sur-représentation des communautés
3 autochtones dans les signalements, pour différents
4 enjeux, les conditions de vie, les problématiques
5 concomitantes, que ce soit santé mentale,
6 dépendance, et caetera, et l'historique aussi
7 qu'ils traînent. Donc il y a ce volet-là.

8 On a déployé les SIPPE dans des
9 territoires, les deux territoires conventionnés,
10 avec des adaptations. Puis il y a vraiment des
11 études. Il y a même des études qui vont sortir
12 bientôt pour vraiment voir c'est quoi les
13 conditions qui doivent être mises en place. Il faut
14 que ce soit donné par des intervenants de la
15 communauté, par des organismes, donc d'être données
16 de façon universelle parce que, pour ne pas
17 stigmatiser. Ils ont regardé l'ensemble des
18 conditions autour des SIPPE pour vraiment les
19 adapter à leur territoire.

20 Mais clairement vous avez raison, il y a
21 des inégalités, il y a des territoires, les
22 endroits non conventionnés pour lesquels Avenir
23 d'enfants est allé. Il y a eu des subventions
24 fédérales. Il y a des programmes très parcellaires.
25 Mais on n'a pas actuellement une offre de service

1 bien organisée avec ces communautés-là pour
2 s'assurer que l'enjeu de la maltraitance est bien
3 travaillé avec eux et pour eux.

4 LA PRÉSIDENTE :

5 On poursuit avec Hélène David.

6 Mme HÉLÈNE DAVID, commissaire :

7 Q. [37] Merci beaucoup. Écoutez, moi, je suis une
8 commissaire élue, alors je ne suis pas une
9 commissaire expert comme plusieurs, plusieurs de
10 mes collègues. Mais je me donne un peu le rôle de
11 parler au nom des concitoyens et concitoyennes
12 qu'on représente, monsieur et madame tout-le-monde.
13 Et je vais un peu de révélation en révélation sur
14 la santé publique. Dieu sait que, pour moi, la
15 santé publique, c'est la conscience sociale, c'est
16 la conscience médicale, c'est la conscience
17 publique de la santé au Québec. Alors, si on parle
18 de vos missions, c'est diabète, obésité, cigarette,
19 H1N1, vous avez été très présent, sida, et caetera.

20 Mais savez-vous quoi? Moi, je n'avais
21 aucune idée que vous vous occupiez de maltraitance,
22 aucune idée. Pour moi, là, c'est... Puis je le dis
23 en toute transparence. Puis peut-être que vous
24 allez me trouver vraiment, vraiment ignorante et
25 complètement inappropriée de dire ça. Mais plus je

1 vous écoutez, plus je vais de révélation en
2 révélation. Vous avez de l'imputabilité. Vous avez
3 même dit, on n'arrive pas avec notre article de loi
4 pour dire, on vous interpelle. Donc, vous avez le
5 droit d'interpeller mais vous ne l'utilisez pas.

6 Docteur Poirier, on a l'exclusivité de la
7 surveillance. On a l'exclusivité de la
8 surveillance. C'est un gros mot ça
9 « surveillance ». On est des chiens de garde. On a
10 les mandats de surveillance. J'ai mis entre
11 parenthèses : Êtes-vous comme la vérificatrice
12 générale? La Commission des droits de la jeunesse
13 et des droits de la personne? La protectrice du
14 citoyen? Si vous avez tout ça puis que, moi, je ne
15 savais même pas que vous vous occupiez de
16 maltraitance, je ne comprends plus rien à ce que
17 vous faites versus ce qu'on entend énormément sur
18 la Protection de la jeunesse. Le programme SIPPE,
19 on va le dire qu'est-ce que c'est, c'est le
20 programme de soutien parental pour des familles
21 plus vulnérables. Parce que les gens ne comprennent
22 pas quand on utilise les acronymes.

23 Donc, vous nous dites, vous avez
24 l'imputabilité d'un bord, l'implantation de
25 l'autre. Vous, vous avez une imputabilité, mais

1 l'implantation se fait au ministère. Comment ça
2 marche la santé publique en termes de zéro cinq ans
3 (0-5) ans? Moi, j'y perds mon latin. Puis, là, si
4 on dit... André Lebon disait, où est-ce que c'est
5 on met ça dans le ministère? Moi, j'ai très bien
6 entendu la réponse. Puis c'est vrai qu'on ne parle
7 pas beaucoup de santé publique, je suis d'accord
8 avec vous, puis encore moins du côté zéro cinq ans
9 (0-5) ans.

10 Je ne comprends pas vraiment. Si vous aviez
11 les leviers, vous dites, Santé publique a tous les
12 leviers. Ah, je ne savais pas ça. Vous avez tous
13 les leviers. Mais on a besoin de leviers de
14 gouvernance dit docteur Drouin. Alors, qu'est-ce
15 qu'il vous manque, c'est clair qu'il manque de
16 l'argent en masse, il manque des ressources. Mais
17 vous auriez tout ça. On vous recommanderait de
18 l'argent à profusion. C'est quoi votre rôle par
19 rapport à tous les autres, votre pouvoir, votre...
20 Comment vous pouvez aider la société dans les zéro
21 cinq ans (0-5) ans à part faire de la recherche ou
22 regarder si les choses ont été implantées? Vous
23 avez un article de loi pour dire, on vous
24 interpelle. Alors, aidez-moi à comprendre en
25 sortant d'ici et que les citoyens comprennent ce

1 que vous faites.

2 Dr ALAIN POIRIER :

3 R. Je vais en faire un petit bout. Comme le médecin
4 qui a une relation d'information privilégiée et
5 déséquilibrée, c'est pour ça qu'il y a des conseils
6 de médecins puis il y a des évaluations de l'acte,
7 parce que c'est confidentiel. Avec un patient
8 individuel, le médecin de la Direction de santé
9 publique est un médecin de la population. Donc,
10 jamais on empêcherait un médecin individuellement
11 de parler à son patient, de l'informer, de lui dire
12 les résultats de ses tests, et caetera.

13 La prunelle de nos yeux comme médecin de
14 Santé publique, comme directeur régional de Santé
15 publique, c'est le premier mandat dans la Loi des
16 SSSS, c'est d'informer la population sur les
17 problèmes, les interventions efficaces, les
18 déterminants. Ça, c'est la base.

19 Il n'y a aucun autre directeur régional de
20 l'Environnement, de... Cherchez-les, il n'y en a
21 aucun qui a ce mandat d'informer, de communiquer. À
22 chaque fois qu'il doit vous communiquer, oups, ça
23 va par en haut, puis habituellement c'est le
24 ministre qui va sortir. Ça, c'est fondamental. Si
25 on veut garder la crédibilité auprès d'un patient

1 comme médecin, bien, c'est parce qu'on a le droit
2 de lui parler dans le bureau fermé.

3 Nous, le problème, c'est que le bureau
4 n'est pas fermé. Il est ouvert. Quand on communique
5 avec la population, on heurte. Nous heurtons, ce
6 serait peut-être mieux comme liaison. En tout cas
7 bref. On s'est souvent fait dire, bien, allez donc
8 mettre votre face sur des poteaux de téléphone si
9 vous voulez faire de la politique. Pourquoi? Parce
10 que notre principal outil, ce sont les politiques
11 publiques favorables à la santé.

12 J'ai tantôt mis l'équilibre... On peut
13 informer individuellement, mais ça ne suffit
14 jamais. Dans les grandes crises, tous les grands
15 enjeux, les grands problèmes de santé publique, si
16 on ne s'adresse qu'à l'individu pour dire, c'est ta
17 responsabilité, ça ne marche pas. Les grands défis
18 de santé publique, comme celui du développement des
19 enfants, il faut avoir des interventions
20 collectives. On n'est pas premier ministre. On n'a
21 pas la... Puis même le premier ministre n'a pas
22 tous les pouvoirs, vous allez me dire. Mais on n'a
23 pas ça.

24 Mais à partir du regard sur la santé des
25 gens, les interventions où on pousse sur une corde,

1 où on essaie d'encourager que d'autres tirent
2 dessus, c'est notre levier d'informer. Comment on
3 le nourrit? Avec les plans de surveillance.

4 Donc, on a beaucoup d'outils. Est-ce qu'on
5 les a tous? Non. Mais on a beaucoup d'outils pour
6 améliorer la santé des gens, mais on n'a pas celui
7 de la protection des budgets, on n'a pas celui d'un
8 ministre qui nous protège, je dirais. Parce que je
9 ne peux pas imaginer une discussion, ou en tout cas
10 il n'y en a pas beaucoup au conseil des ministres
11 ou il n'y a pas des enjeux de prévention de santé
12 publique, hein, les déterminants de la santé. Vous
13 dites que vous ne nous avez jamais vus dans le
14 développement des enfants.

15 Il y a quatre grands axes dans le programme
16 national. Le premier, c'est celui-là. La politique
17 gouvernementale de prévention en santé aussi. Le
18 premier, c'est le développement des enfants. Ça
19 fait qu'on est là. Mais la prévention a le défaut
20 d'être invisible, l'invisibilité de la prévention.
21 Quand on est bon, personne le sait.

22 Donc, on n'est pas chirurgien cardiaque, on
23 n'est pas... On ne fait pas de ces grandes
24 manoeuvres où ça saigne ou on éteint des feux comme
25 les pompiers qui sont toujours en haut de la

1 crédibilité. La prévention, elle est invisible
2 quand elle fonctionne bien.

3 Ça fait que, ça, quand on a choisi de faire
4 ça, on vit avec. Puis voilà! On travaille sur tous
5 les déterminants. J'ai évoqué tout à l'heure les
6 quatre critères pour dire que ce sont des priorités
7 de santé publique. Est-ce que le problème est
8 suffisamment fréquent, suffisamment grave? On a des
9 interventions efficaces. On ne travaille pas sur
10 vraiment la sclérose en plaques. On n'a pas
11 d'interventions préventives sur la sclérose en
12 plaques.

13 Donc, ce n'est pas tous les problèmes, même
14 s'ils préoccupent beaucoup de gens, pour lesquels
15 on peut intervenir. Encore faut-il qu'il y ait des
16 interventions préventives pour lesquelles on peut
17 changer l'histoire naturelle. Alors que vous dire
18 d'autre sur notre job?

19 Q. **[38]** Oui, mais vous avez des leviers, vous êtes
20 imputable, vous dites, on pourrait interpeller les
21 gens.

22 Dre MYLÈNE DROUIN :

23 R. Mais on le fait déjà, je dirais, au niveau de
24 l'action intersectorielle, les gains. On est
25 souvent en commission parlementaire. On fait des

1 mémoires, des avis. Donc, il y a quand même des...
2 Que ce soit en lien avec les conditions de vie des
3 familles. Donc, je pense qu'on a... Puis tout à
4 l'heure on parlait que c'était un petit peu
5 décourageant notre discours. Mais je pense que le
6 Québec en développement des enfants a quand même
7 des assises et a fait un bout de chemin important,
8 et des assises sur lesquelles on peut continuer de
9 bâtir. Et je pense que la Santé publique n'était
10 peut-être pas visible sur la promotion de ces
11 programmes-là. Mais on était derrière pour les
12 pousser pour faire avancer ces politiques-là.

13 Quand on fait, comme je le disais, en
14 novembre des cartographies pour arriver à dire, il
15 manque des CPE dans tel territoire, mettez-les,
16 c'est une façon d'interpeller. Je ne sort pas mon
17 article de loi auprès du ministre de la Famille,
18 mais je lui dis clairement, et je le rencontre, et
19 c'est comme ça qu'on fait notre travail au
20 quotidien. Donc, il y a des gains qu'on fait. Puis
21 on est présent pour faire ce mouvement-là.

22 Mais je pense que si on donnait encore plus
23 de leviers en dehors de ce qui est écrit dans la
24 Loi, mais des vrais leviers de gouvernance et
25 financiers, on pourrait aller beaucoup plus loin.

1 Dre SUZANNE DE BLOIS :

2 R. Je me permettrais de rajouter, Madame David, qu'on
3 a vraiment besoin de votre aide aussi pour que la
4 politique gouvernementale de prévention en santé
5 soit vraiment plus présente dans les discussions.

6 Dr ALAIN POIRIER :

7 R. Je rajouterais là-dessus qu'il y a vingt-cinq
8 millions (25 M\$) dans la politique gouvernementale
9 de prévention en santé, mais elle touche vingt-neuf
10 (29) orientations, quinze (15) ministères. C'est
11 rien. C'est gros comme ça. Quinze (15) ministères
12 qui se partagent vingt-cinq millions (25 M\$) dans
13 la politique gouvernementale de prévention en
14 santé, c'est rien.

15 Je me rappelle encore d'une époque où on
16 nous a annoncé qu'on va améliorer la chirurgie
17 bariatrique. Vous savez cette chirurgie pour les
18 personnes qui ont un abdomen comme le mien. On
19 avait mis trente millions (30 M\$). Trente millions
20 (30 M\$) juste pour faire plus de chirurgies, puis
21 sur une politique qui touche toute la société.
22 Vingt-cinq (25)... quinze (15) ministères. Vingt-
23 cinq millions (25 M\$)! Alors on peut faire mieux.

24 LA PRÉSIDENTE :

25 Merci. On poursuit avec Jean-Marc Potvin.

1 M. JEAN-MARC POTVIN, commissaire :

2 Q. [39] Il ne reste pas beaucoup de temps, juste
3 quelques minutes. Mais je voulais revenir quand
4 même sur ce que Camil Bouchard avait dit à l'effet
5 de faire de la maltraitance un enjeu prioritaire de
6 santé publique, puis de se donner des objectifs de
7 réduction de la maltraitance. Elle est dure la
8 maltraitance et bien entendu la prévenir au premier
9 chef, mais c'est aussi la traiter et la contrer.
10 Puis ce qui me laisse un peu perplexe, c'est qu'on
11 essaie en prévention d'établir un modèle qui est
12 réputé efficace puis d'en garantir l'intégrité.
13 Puis il faut le faire, parce que s'il y a de la
14 maltraitance avérée, on n'a pas de programme
15 efficace pour la traiter généralisée au Québec.

16 Ça fait que, pour moi, dans l'esprit de
17 Camil Bouchard, le rôle qu'il voyait à la Santé
18 publique était un peu plus large que de réduire, de
19 fixer des objectifs pour réduire la maltraitance,
20 pas juste au plan de la prévention, aussi au plan
21 de la traiter et de la contrer. Donc, une espèce de
22 rôle de contrôle et surveillance aussi sur des
23 modèles d'intervention qui sont réputés efficaces.

24 Parce qu'un de nos enjeux, c'est un peu
25 l'investissement, qu'est-ce qu'on est prêt à faire

1 comme société pour non seulement prévenir, mais
2 contrer la maltraitance qui existe déjà avec tous
3 les facteurs de risque qui s'accumulent. Autrement
4 dit, pour moi, Camil Bouchard voyait quand même un
5 rôle plus large.

6 Dr ALAIN POIRIER :

7 R. Bien, je vais prendre la notion de traiter et
8 contrer. Je vais rester sur le « traiter ». Le
9 cadre de référence à Loi de santé publique, je
10 travaille là-dessus depuis des années, exclut
11 habituellement les interventions correctives ou
12 curatives de type individuel. Sauf s'il y a des
13 externalités. L'exemple c'est la vaccination. On
14 fait de la vaccination individuelle. On ne met pas
15 ça dans l'eau potable. Donc, c'est de la
16 vaccination individuelle pour laquelle on est
17 responsable des mesures, lesquelles, et caetera.
18 Mais ultimement il y a quelqu'un qui met une
19 aiguille individuellement dans le bras de
20 quelqu'un, notamment parce qu'il y a des bénéfices
21 pour aussi ceux qui ne sont pas vaccinés.

22 Mais tous les cadres de référence, et je ne
23 connais pas vraiment d'organisations de santé
24 publique sur la planète qui sont dans le
25 traitement. Sinon on serait Dieu après Dieu. On

1 n'est pas dans le traitement.

2 Q. **[40]** Je vais juste préciser ma pensée. Ce n'est pas
3 tant que la Santé publique soit dans le traitement.
4 Ce n'est pas des programmes de Santé publique. Mais
5 dans un rôle de surveillance et de contrôle sur
6 l'efficacité.

7 R. Surveillance, ça, on n'a aucun problème. Parce que
8 le plan de surveillance, c'est la fonction
9 exclusive du ministre et des directeurs régionaux
10 de Santé publique. Il y a un plan de surveillance
11 qui a évolué...

12 Dre MYLÈNE DROUIN :

13 R. Je pense que ce n'est pas le même type de
14 surveillance qu'il a parlé ici. C'est plus le
15 contrôle des programmes qui serait fait en
16 Protection... Actuellement, ce n'est pas un champ
17 dans lequel la Santé est investie... la Santé
18 publique est investie. Mais je pense que si on a
19 une politique de la maltraitance ou, en tout cas,
20 on a quelque chose de plus costaud qui regarde
21 l'ensemble des niveaux d'intervention, on va devoir
22 comme Santé publique peut-être travailler, comme je
23 disais tout à l'heure, plus près avec les DPJ pour
24 s'assurer que ces mécanismes-là sont présents. Mais
25 est-ce que c'est de l'imputabilité de la Santé

1 publique le contrôle des services?

2 Des fois on participe beaucoup, t'sais, par
3 exemple, à l'élaboration des cadres de référence,
4 par exemple en dépistage de cancers. Ce n'est pas
5 nous qui mettons en place des programmes de
6 dépistage de cancers. Mais pour déterminer si c'est
7 pertinent de le faire à l'échelle d'une population,
8 pour déterminer c'est quoi les outils, c'est quoi
9 le suivi, c'est quoi les normes de qualité, la
10 Santé publique est impliquée et de mettre en place
11 le système de monitoring. On est impliqué. Mais
12 évidemment on travaille, par exemple, avec les
13 directions québécoises de cancérologie.

14 Donc, je pense qu'on peut certainement se
15 rapprocher des DPJ pour regarder cet aspect-là. Par
16 contre, je ne pense pas que l'imputabilité revient
17 aux directeurs régionaux de Santé publique.

18 Q. **[41]** Parfait. Merci beaucoup.

19 R. Merci.

20 LA PRÉSIDENTE :

21 Merci. Malheureusement, la chaudière est vite
22 passée, l'heure et demie. Merci beaucoup pour cet
23 échange. Merci pour vos documents. D'ailleurs,
24 documents, je ne veux pas oublier. Docteure De
25 Blois, vous avez fait référence, quand je vous ai

1 posé la question comment est-ce qu'on allait
2 diminuer le fameux vingt pour cent (20 %), mon
3 collègue a trouvé, je veux être sûre que c'est la
4 bonne référence dans la bibliographie, qui date de
5 deux mille sept (2007) de l'OMS, c'est ça, avec
6 « Le développement de la petite enfance : un
7 puissant égalisateur »? C'est à ça que vous faites
8 référence?

9 Dre SUZANNE DE BLOIS :

10 R. Je pourrais vérifier.

11 Q. **[42]** Vous pourrez nous le laisser aussi.

12 R. Je pourrais vous transmettre des références
13 complémentaires par rapport à ça.

14 Q. **[43]** D'accord. Merci infiniment. Et, Docteure
15 Drouin, vous avez référence à la méta-analyse
16 aussi. S'il vous plaît nous laisser tous ces
17 documents. Alors, encore une fois, merci pour cet
18 échange, et bon retour en Estrie, Docteur Poirier.
19 Merci encore.

20 Nous allons prendre dix minutes de pause,
21 le temps d'installer l'autre témoin.

22 SUSPENSION DE L'AUDIENCE

23 REPRISE DE L'AUDIENCE

24 _____

25

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Merci. Nous recevons maintenant monsieur Nico
3 Trocmé, qui est professeur, directeur du Centre de
4 recherche sur l'enfance et la famille à
5 l'Université McGill, et titulaire de la chaire
6 Philippe Fisher en travail social aussi. Et
7 monsieur Trocmé a été impliqué dans le
8 développement et la revue de programmes et de
9 politiques sur les services de protection de
10 l'enfance au niveau des gouvernements provinciaux
11 et au niveau aussi des organismes autochtones.
12 Donc, vous allez nous présenter une série de
13 recommandations en matière de prévention.

14 Merci d'être venu. On a quatre-vingt-dix
15 minutes (90 min) ensemble. Vingt minutes (20 min)
16 maximum de présentation et ensuite échange avec les
17 commissaires. Ça va?

18 M. NICO TROCMÉ :

19 Merci, Madame Laurent, oui.

20 LA PRÉSIDENTE :

21 Avant de vous laisser la parole, je vais demander
22 au commissaire de vous assermenter s'il vous plaît.

23

24 UNIVERSITÉ MCGILL - DIRECTEUR DU CENTRE DE

25 RECHERCHE SUR L'ENFANCE ET LA FAMILLE

1 **NICO TROCMÉ,**

2 Professeur

3 (Sous serment)

4

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Merci, la parole est à vous.

7 M. NICO TROCMÉ :

8 Parfait. Écoutez, merci beaucoup pour l'invitation
9 et l'opportunité de présenter quelques... quelques
10 observations par rapport au mandat que vous avez,
11 qui est un mandat... un énorme mandat. J'ai
12 beaucoup de respect pour le travail que vous avez
13 déjà entamé et que vous allez faire sur les mois à
14 venir. On m'a demandé de présenter sur quelques...
15 sur plusieurs thèmes sur lesquels j'ai de
16 l'expérience et j'ai fait de... j'ai fait de la
17 recherche.

18 J'avais une discussion avec madame Hill et
19 monsieur Potvin un peu plus tôt, on a identifié en
20 particulier les thèmes qui recoupaient certaines
21 recherches que j'avais faites. De façon générale,
22 je vais essayer, là où c'est possible, de m'appuyer
23 sur des données, mais je vais également partager
24 des opinions qui sont... qui ne sont pas
25 nécessairement des opinions basées sur des données,

1 mais plutôt sur mon expérience dans le domaine. Ça
2 fait depuis pratiquement trente-cinq (35) ans que
3 je travaille dans le domaine de la protection de la
4 jeunesse, donc j'ai également une expérience que je
5 vais essayer de partager avec vous. De façon
6 générale, je vais essayer de distinguer là où c'est
7 des impressions plutôt par rapport à des
8 observations qui sont un peu plus basées sur des
9 données... des données de recherche.

10 Donc, je vais toucher sur cinq points. Je
11 sais qu'on a ensuite un temps de discussion après,
12 où je peux élaborer soit sur les cinq points ou sur
13 d'autres questions. De façon générale, je vais
14 parler un peu de la question du défi des
15 commissions d'enquête, surtout celles qui
16 ressortent de situations dramatiques, en
17 particulier quand il y a des morts d'enfant.

18 Je vais ensuite toucher un peu sur les
19 recherches que nous avons faites sur la distinction
20 entre la protection et le bien-être et le noeud
21 gordien à dénouer à ce niveau-là.

22 En troisième lieu, je parlerai un peu de la
23 question de la distinction entre les services
24 préventifs spécialisés et l'importance de maintenir
25 une concomitance entre les deux. Je parlerai

1 ensuite un peu de la question de la formation, du
2 soutien des travailleurs sociaux et des
3 intervenants à la Protection de la jeunesse, à la
4 fois par rapport à la formation, le soutien
5 clinique, également l'encadrement administratif.

6 Et finalement, je vais toucher un peu sur
7 des questions par rapport au type de données qui
8 sont utiles à examiner et le processus
9 d'utilisation de ces données et certains risques
10 par rapport à leur utilisation hors contexte. Donc,
11 c'est ambitieux, mais j'ai l'habitude d'aller assez
12 rapidement. Je suis désolé si je vais trop
13 rapidement.

14 Donc, je vais commencer un peu avec les...
15 certains défis que je vois par rapport à ce genre
16 de présentation. Je vais commencer avec une étude
17 qui vient de sortir des États-Unis. Ça parle de
18 deux économistes américains, Camasso et Jaganathan,
19 qui avaient été interpellés par le fait que le taux
20 de mortalité d'enfants aux États-Unis est en déclin
21 et pourtant le taux de mortalité suite... identifié
22 par des situations de filicide par la Protection de
23 la jeunesse aux États-Unis était plutôt en
24 augmentation. Mais quand ils ont examiné ces taux
25 un peu plus près, ils ont noté également qu'il y

1 avait une distribution par rapport à la mortalité,
2 qui semblait suivre un certain cycle qu'ils
3 reconnaissent souvent dans le type de données
4 économiques qu'ils examinent. Donc, ils ont décidé
5 d'employer un modèle d'analyse de ces données
6 économiques pour essayer de comprendre un peu s'il
7 y avait une façon un peu de prédire ces variations
8 sur le temps par rapport au taux de mortalité.

9 Et donc, ils ont examiné sur une période
10 spécifique la variation dans ce cycle et ce qui les
11 a étonnés, dans un certain sens, c'est leur analyse
12 a pris en considération ce qu'ils avaient trouvé
13 dans la littérature comme étant les facteurs qui
14 prédisent l'abus des enfants et les fatalités des
15 enfants. Des facteurs qu'ils ont examinés incluent
16 la pauvreté, les taux de pauvreté, les taux de
17 jeunes enfants, les familles monoparentales, les
18 taux de chômage. Donc, vraiment des facteurs de
19 risque au niveau assez immédiat des familles.

20 Mais également par rapport aux services,
21 ils ont pris en considération le nombre
22 d'intervenants pour mille (1000) dans la
23 population. La taille des dossiers, le nombre de
24 dossiers par intervenant. Les dépenses fédérales et
25 des États par rapport aux services sociaux. Les

1 taux d'assistance sociale, les cycles économiques,
2 donc pour voir si, avec la hausse ou la diminution
3 du chômage, avec la hausse ou la diminution... la
4 demande de travail. Il y avait des facteurs qui
5 pouvaient expliquer ce cycle. Et ils ont trouvé
6 qu'aucun de ces facteurs n'était associé avec ce
7 cycle qui paraissait beaucoup plus attaché à des
8 variations dans le... la façon dont le public et
9 les médias comprennent les problèmes de mortalité
10 d'enfants, plutôt que des facteurs de risque qui
11 avaient été identifiés par la littérature.

12 Ce qui mène un peu à une réflexion par
13 rapport à mieux comprendre ces variations. J'avais
14 fait une étude assez similaire moins... avec des
15 techniques d'analyse moins bien développées. Il y a
16 une vingtaine d'années où j'avais comparé les taux
17 de mortalité dans plusieurs pays et trouvé aucune
18 association entre les facteurs économiques et les
19 taux de filicide.

20 Au Canada, les taux de filicide sont en
21 déclin. Le taux de filicide est de l'ordre d'à peu
22 près six enfants pour million, ce que je vous avais
23 montré plus tôt avec les taux américains, qui sont
24 plutôt de l'ordre de quinze-seize (15-16) enfants
25 pour million. Le taux au Canada semble être un peu

1 plus bas. On voit un peu le même cycle un peu
2 aléatoire et une position en déclin, toujours un
3 peu avec les mêmes observations qu'avaient faites
4 les économistes américains.

5 J'examine également depuis longtemps les
6 taux de placement des enfants. Je suis désolé
7 d'utiliser les taux de l'Ontario, mais c'est la
8 province pour laquelle j'ai des données qui vont...
9 historique, de façon historique, qui vont le plus
10 dans le passé et c'est le genre de variation qu'il
11 faut vraiment comprendre sur une période de dix
12 (10), quinze (15), vingt (20) ans. Pas sur des
13 périodes de deux, trois, cinq ans. Ce qui est
14 intéressant avec la variation, ça c'est le nombre
15 d'enfants placés à un jour précis, donc typiquement
16 le trente et un (31) mars, on est passé pendant les
17 années soixante-dix (70), début soixante-dix (70),
18 un taux qui était... il y avait à peu près dix-huit
19 mille (18 000) enfants qui étaient placés.

20 Le nombre d'enfants en placement était en
21 diminution importante pendant les années soixante-
22 dix (70), début quatre-vingt (80). Et ensuite on
23 revoit ce cycle avec une hausse et puis maintenant
24 depuis les années deux mille... deux mille six-deux
25 mille huit (2006-2008), on commence à voir un

1 quatre-vingt-dix (90) à une situation, suite
2 d'ailleurs à une série de morts d'enfants qui avait
3 été... qui avait été enquêtée par le coroner, on
4 est passé à une situation, on a eu l'introduction
5 de protocole d'évaluation de risque et on revoit
6 cette hausse par rapport au nombre d'enfants
7 placés. Et là maintenant en Ontario, de nouveau,
8 suite à une autre commission qui avait examiné le
9 problème du surplacement, on est maintenant dans
10 une approche qui met beaucoup plus l'accent sur les
11 approches différentielles dont je ferai référence
12 un peu plus tôt... un peu plus tard dans la
13 présentation.

14 Juste également noter que les commissions
15 et les enquêtes, suite à des... à des drames, à des
16 morts d'enfants ou à des situations d'enfants
17 placés qui... où il y avait des difficultés très
18 marquées, j'y suis impliqué depuis longtemps. J'ai
19 été impliqué dans une quinzaine de différentes
20 commissions d'enquête sur vingt-cinq (25) ans au
21 Québec, en Ontario, en Alberta, au Manitoba, au
22 Nouveau-Brunswick, et c'est un peu en réflexion à
23 la difficulté qu'on a à bien... à bien comprendre
24 les variations dans ces données, mais également mon
25 expérience ressortant de ces commissions, que

1 j'avais quelques leçons que je tire de ça. Des
2 leçons d'ailleurs qui sont notées souvent dans la
3 littérature et trois constats en particulier.

4 Le premier étant qu'on a une tendance dans
5 la Protection de la jeunesse à approcher ces
6 questions avec une espèce de... une approche
7 balancier où on passe d'une approche qui met
8 l'accent sur la protection, minimiser le risque et
9 le retrait des enfants à une approche qui met
10 beaucoup plus l'accent sur le maintien en famille.
11 Mais face à ce balancier, on voit rarement vraiment
12 des efforts soutenus pour développer et évaluer des
13 services. L'accent est beaucoup plus sur la
14 question de la gestion des dossiers, sur les
15 décisions qui sont prises.

16 Mais la question de quels services peuvent
17 faire une différence pour ces enfants et pour ces
18 familles est vraiment rarement bien mise de l'avant
19 dans ce processus. Le processus a beaucoup plus
20 tendance à se centrer autour de la question de la
21 gestion des dossiers plutôt que des services qui
22 sont fournis, je reviendrai à cette question
23 également.

24 On a tendance également à passer à des
25 solutions rapides, sans avoir vraiment des données

1 probantes par rapport à leur efficacité et l'impact
2 de ces solutions est rarement évalué. Et je dirais
3 qu'une des exceptions justement est au Québec au
4 niveau de l'évaluation de la LPJ, qui est une... le
5 seul exemple que je connaisse au Canada en tout
6 cas, où inscrit dans la loi il y a une nécessité,
7 une obligation d'évaluer l'impact des changements
8 qui avaient été apportés à la loi. C'est une
9 direction qui me paraît très intéressante. On voit
10 un peu la même chose avec l'appel à l'action de la
11 Commission vérité et réconciliation, où là
12 également l'accent a été mis sur l'importance... la
13 première et la seconde recommandations étaient sur
14 assurer qu'il y avait un monitoring à la fois des
15 enfants autochtones placés et du problème de la
16 négligence.

17 Bon, je vais devoir accélérer un peu.
18 Second point, ça j'en avais parlé un peu plus tôt
19 avec certains des commissaires, donc j'irai un peu
20 plus rapidement là-dessus, mais nos études nous
21 ont... ont examiné en particulier la question de...
22 du profil des enfants qui sont... qui sont évalués.
23 Et une des données qu'on va chercher c'est des
24 données au niveau des blessures dans des... dans
25 des évaluations. L'étude d'incidence québécoise de

1 deux mille quatorze (2014), par exemple, et on a
2 les mêmes données pour le reste du Canada - et
3 c'est toujours à peu près dans la même direction -
4 montre que dans à peu près quatre-vingt-dix pour
5 cent (90 %) des situations évaluées et fondées - on
6 parle de cas fondés, donc des situations... la
7 détermination qu'il y a eu une bonne raison pour
8 s'impliquer - dans quatre-vingt-dix pour cent
9 (90 %) des situations, aucune blessure physique
10 n'avait été notée.

11 Là où il y a blessures physiques, dans sept
12 pour cent (7 %) des situations, c'est des blessures
13 où il n'y avait pas appel à un médecin ou une
14 infirmière pour faire une... pour évaluer la
15 situation, donc c'est une blessure qui était
16 considérée comme minime. Et dans trois pour cent
17 (3 %) des situations c'était une blessure sérieuse,
18 où il y avait besoin d'une certaine évaluation.

19 Pour vous donner un peu une idée, les types
20 de blessures... de nouveau, quatre-vingt-dix pour
21 cent (90 %) des situations, aucune blessure
22 évaluée... observée. Quand il y avait blessure,
23 c'était surtout des ecchymoses, coupures,
24 écorchures, autres problèmes de santé, des
25 fractures, traumatismes crâniens, et brûlures

1 étaient... apparaissaient dans moins de un pour
2 cent (1 %) des... des dossiers.

3 En réfléchissant à ça, on a fait une série
4 d'analyses à la fois au Québec et en Ontario, et
5 ensuite pour tout le reste du Canada. On a essayé
6 de comprendre mieux la nature des dossiers qui sont
7 évalués au niveau de la Protection de la jeunesse.
8 Comme point de départ, donc on a pris les
9 situations où il y avait des... des blessures
10 sérieuses. Bon, ça, c'est vraiment des situations
11 où on comprend bien le modèle, qui met l'accent sur
12 le signalement, sur l'urgence, sur l'enquête. On se
13 dit : toute situation d'abus physique avec un jeune
14 enfant, on comprend également ces situations comme
15 étant des situations d'urgence.

16 Donc, même s'il n'y a pas blessure, le fait
17 que... de l'âge de l'enfant et que c'est de l'abus
18 physique, on se dit : ça, c'est vraiment... ça
19 tombe dans la catégorie urgence. Toute situation
20 d'abus sexuel naturellement, que ce soit un jeune
21 enfant ou un adolescent, on a vu ces situations et
22 de nouveau faisant partie de ce concept d'urgence,
23 toute situation de négligence d'un enfant en-
24 dessous de quatre ans, donc avec ou sans blessures.
25 Simplement à cause de l'âge de l'enfant on se dit :

1 bon, ça c'est vraiment des situations où on peut
2 comprendre l'intervention comme étant une
3 intervention de protection, qui met l'accent sur
4 l'urgence.

5 Pour les autres quatre-vingt-six pour cent
6 (86 %), c'est là où on commence à se... on se
7 repose des questions, à savoir : est-ce qu'on a
8 organisé nos services pour prendre en considération
9 les besoins de ces enfants? Qui sont ces enfants?
10 On voit que le pourcentage d'enfants qui tombe dans
11 cette autre catégorie au Québec est en
12 augmentation. En quatre-vingt-dix-dix (98) c'était
13 soixante-quinze pour cent (75 %) des dossiers qui
14 tombaient dans cette autre catégorie. Maintenant,
15 on est à quatre-vingt-six pour cent (86 %) et c'est
16 exactement la même distribution en Ontario.

17 La question donc c'est : quels sont ces
18 autres dossiers? Est-ce que c'est pour de la
19 protection urgente ou une situation de
20 développement et bien-être compromis? Et c'est là
21 où je crois que c'est absolument essentiel qu'on se
22 souvienne bien que la question du développement
23 compromis est une question qui est tout aussi
24 importante que la question de la protection. Il y a
25 des centaines d'études qui démontrent qu'à long

1 terme, des enfants qui sont victimes de négligence,
2 d'abus émotionnel où il n'y a pas nécessairement de
3 blessure ou d'atteinte immédiate à leur sécurité,
4 ont des difficultés sérieuses à long terme comparé
5 à tout autre groupe d'enfants. Donc, le... les
6 conséquences de l'exposition chronique à ces
7 situations est dévastateur, tout aussi dévastateur
8 que des situations de protection immédiate, mais
9 avec un profil qui se dessine de façon très
10 différente sur le temps. De même du côté des
11 parents c'est la même chose. Étude sur étude sur
12 étude démontre que c'est des familles qui font face
13 à des problématiques sérieuses. Donc, c'est très
14 important de se rappeler que ces problèmes de bien-
15 être ce ne soient pas des problèmes minimes, c'est
16 des problèmes très sérieux, mais des problèmes qui
17 s'insèrent moins sous le concept d'urgence.

18 D'ailleurs, si on va voir dans la loi elle-
19 même, que ce soit au Québec ou que ce soit dans
20 toutes les autres provinces, les concepts de
21 protection, de sécurité et de développement sont de
22 l'avant comme étant deux priorités bien définies.
23 Donc, au niveau de la loi on est très clair. Quatre
24 minutes, parfait.

25 Le dilemme c'est : est-ce qu'on a vraiment

1 organisé nos services pour bien faire face à cette
2 distinction? Et notre... notre préoccupation c'est
3 que l'approche qui met l'accent sur la protection,
4 c'est une approche qui... où on a besoin d'une
5 approche médico-légale, qui met l'accent sur
6 l'enquête, sur le signalement, mais pour des
7 situations chroniques il faut trouver une approche
8 qui est un peu plus flexible et où on peut mieux
9 collaborer avec d'autres services. Et surtout, ce
10 qui nous inquiète c'est que de confondre ces deux
11 concepts finit par mettre les deux groupes
12 d'enfants à un risque accru. Donc, de ne pas bien
13 faire la distinction est un problème sérieux.

14 Là, je vais passer un peu plus rapidement,
15 je suis désolé. Le point que je vous simplement
16 faire ici, c'est qu'il y a une confusion souvent.
17 Quand on parle de la maltraitance, on a tendance à
18 penser à la maltraitance comme étant un continuum
19 qui va en s'empirant de famille à risque à
20 négligence, abus. Tandis qu'en réalité c'est
21 vraiment une... un mélange de problématiques et
22 c'est... qu'il faut... auxquelles il faut penser
23 par rapport à ces problématiques qui
24 s'entrecoupent, où on a besoin de penser aux
25 services pas tellement comme étant un continuum qui

1 va de la prévention aux services spécialisés, mais
2 vraiment d'une combinaison de services soutenus par
3 la Protection de la jeunesse. Et je reviendrai à ce
4 thème du soutien peut-être pendant la période de
5 questions.

6 Là, vous avez les diapos devant vous, mais
7 vraiment le point c'est de bien, de nouveau,
8 distinguer entre les services qui mettent l'accent
9 sur l'urgence, spécialisés, versus les services qui
10 soutiennent la collaboration intersectorielle et,
11 en particulier, de bien réfléchir à la relation
12 entre les services première et seconde ligne et de
13 penser au rôle de la Protection de la jeunesse pour
14 soutenir, pour organiser ces services. C'est
15 vraiment... on peut penser à la Protection de la
16 jeunesse un peu comme le médecin généraliste,
17 plutôt comme étant un point où, si les services
18 préventifs ne fonctionnent pas, on passe à la
19 Protection de la jeunesse. Il y a une tendance
20 ensuite à... à un certain « dumping », qu'on passe
21 d'une ligne à l'autre et c'est pas du tout utile
22 d'organiser les services de cette façon-là. Il faut
23 vraiment maintenir cette collaboration.

24 On m'a demandé de parler de la question de
25 la formation. Je veux simplement vous dire qu'il y

1 a... je vois vraiment trois questions par rapport à
2 la formation. Premièrement, quelle est la formation
3 que nous pouvons offrir à des travailleurs sociaux?
4 Par exemple, à McGill - là, je mets mon chapeau de
5 directeur d'école - un B.T.S. en travail social
6 c'est un diplôme généraliste, mais où quand même on
7 cible bien les... les connaissances qui sont
8 essentielles à ce genre de travail. Tous les
9 étudiants suivent au moins un minimum d'un cours de
10 trente-neuf (39) heures sur le développement
11 humain, deux cours sur l'évaluation, intervention
12 individu, un cours sur l'intervention
13 communautaire, un cours sur la santé mentale. Tout
14 ça, c'est des cours obligatoires. Également au
15 choix, des cours sur la toxicomanie, protection de
16 la jeunesse, gérontologie. Je crois que c'est
17 important de garder ce concept de diplôme
18 généraliste à ce niveau-là.

19 C'est vraiment au niveau de la maîtrise, de
20 notre côté, qu'on met l'accent sur la
21 spécialisation. On a une spécialisation enfance
22 famille. Est-ce que ce serait intéressant de penser
23 à une spécialisation maîtrise protection de la
24 jeunesse? On a l'intention d'en parler. On a
25 également un nouveau... une maîtrise thérapie

1 conjugale et familiale, où il y a des techniques
2 spécifiques qui sont développées, qui me semblent
3 particulièrement pertinentes dans le contexte de la
4 complexité de ces familles.

5 Mais c'est pas juste une question de
6 formation, c'est également une question
7 d'encadrement. On a... il y a souvent l'impression
8 qu'au niveau des intervenants qu'on est... ah,
9 voilà. Écoutez, vous avez été très généreux avec
10 mon temps, là. D'après mon... c'est fini. Euh... je
11 suis désolé, mais je vais donc...

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Non, non, allez-y.

14 M. NICO TROCMÉ :

15 On peut revenir à ces questions d'expérience,
16 d'encadrement clinique. C'est simplement pour noter
17 que l'encadrement clinique est absolument
18 essentiel. C'est des familles très complexes et de
19 travailler avec ces familles sans cet
20 encadrement...

21 Troisièmement, il faut vraiment réfléchir à
22 la question de l'encadrement administratif. Ça
23 revient un peu au commentaire que j'avais fait avec
24 ma collègue Delphine Collin-Vézina à l'Assemblée
25 nationale pendant la considération de la Loi 10,

1 qui me semblait très problématique. Et je crois
2 qu'en partie, les difficultés que l'on... que l'on
3 vit maintenant ressortent de ça. On voit un peu le
4 même thème ressortir du vérificateur général. C'est
5 essentiel que le rôle de la DPJ soit bien compris
6 pour que les intervenants puissent travailler avec
7 l'encadrement nécessaire.

8 Je pourrais parler de la question des
9 analyses, des analyses contextuelles peut-être un
10 peu plus tard. Et d'ailleurs, mon collègue monsieur
11 Esposito touchera sur ces questions également, donc
12 on peut y revenir plus tard.

13 Je veux simplement aller à la dernière
14 diapo, qui touche aux recommandations. Vraiment par
15 rapport à chacun de mes points. Au niveau des
16 défis, essentiel que l'on maintienne une approche
17 de soutien aux familles. Ce balancier... qu'on ne
18 se retrouve pas dans une situation de balancier.

19 Que l'introduction d'instruments non
20 validés, je le vois constamment, est très
21 problématique. Et qu'il faut absolument assurer un
22 monitoring de l'impact de tout changement. C'est
23 pas la peine de faire tout ce travail si vous
24 n'avez pas les outils pour vous assurer que les
25 recommandations sont suivies.

1 La question de dénouer la protection du
2 bien-être, en particulier on pourrait parler de la
3 question d'assouplir le processus de signalement.
4 Et d'une façon très importante, mettre l'accent sur
5 la référence et le suivi. Soutenir la concomitance
6 des services préventifs et spécialisés. Là, de
7 nouveau c'est de bien se rappeler que c'est pas
8 une... un processus linéaire, mais que c'est
9 absolument essentiel que les familles en protection
10 de la jeunesse aient accès aux services
11 spécialisés, mais également aux accès... aux
12 organismes de première ligne. Et que tout ça se
13 passe ensemble... pas de façon, comme je l'avais
14 noté, linéaire.

15 Finalement, autour de la complexité du
16 travail social. La priorité, pour moi, c'est
17 comment revoir la structure organisationnelle de la
18 Protection de la jeunesse au sein des nouveaux
19 CISSS et CIUSSS. Assurer un encadrement clinique
20 pour la Protection de la jeunesse, pour les
21 interventions sur tous les dossiers, un encadrement
22 soutenu. Redévelopper une infrastructure nationale
23 pour soutenir la formation et développer des
24 programmes de deuxième cycle de supervision
25 clinique de gestion santé et services sociaux,

1 possiblement avec spécialisation PJ. Je suis désolé
2 d'aller si rapidement, mais j'ai couvert ça plus ou
3 moins dans mon temps. Merci. Merci pour votre
4 patience.

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Merci beaucoup, Monsieur Trocmé, vous avez fait
7 vraiment un tour de force. Alors on débute la
8 discussion avec Jean-Marc Potvin.

9 M. JEAN-MARC POTVIN, commissaire :

10 Q. **[44]** Merci beaucoup, là, d'avoir réussi en si peu
11 de temps à nous traduire tant de contenu. Je vais
12 commencer peut-être par ce mouvement de balancier.
13 Puis au fond, vous nous faites une sorte de mise en
14 garde. C'est pas... il y a eu dans plusieurs
15 provinces canadiennes et j'imagine dans plusieurs
16 pays aussi des commissions suite à des décès
17 d'enfants. C'est quelque chose qui trouble
18 profondément la population, qui choque et
19 évidemment, on cherche à améliorer les choses dans
20 un contexte comme celui-là.

21 Je voudrais revenir un peu sur ce que vous
22 nous avez dit, là, qu'il y a des outils de gestion
23 de risque qui peuvent être développés, il y a des
24 recommandations qui sont faites souvent rapidement,
25 mais pas nécessairement appuyées sur des données

1 probantes, qui amènent des modifications dans les
2 pratiques, peut-être des pratiques plus défensives,
3 où on a plus de difficulté à gérer le risque, pour
4 évidemment prévenir des drames, c'est ça. C'est ça
5 l'objectif. Est-ce que c'est un objectif
6 atteignable de prévenir des drames? Puis comment on
7 peut éviter les pièces pour en arriver peut-être
8 aux recommandations que vous nous faites, là?

9 R. Écoutez, justement, je fais référence à une autre
10 commission, la Commission du... de monsieur Hughes
11 dans le cas de la mort de Phoenix Sinclair au
12 Manitoba. Premièrement, c'est un rapport qui me
13 paraît particulièrement bien développé, donc un
14 rapport intéressant. Et ce que j'avais trouvé très
15 intéressant dans son approche et un peu le dilemme
16 dans cette situation, c'est qu'il y avait une série
17 d'événements spécifiques menant... et des erreurs
18 de jugement menant à la situation où cette enfant a
19 été tuée par le partenaire de sa mère, par le
20 conjoint de sa mère.

21 Mais ce qui était encore plus dramatique,
22 et je crois que ce sur lequel monsieur Hughes a
23 vraiment mis l'accent, c'était - et pas pour
24 minimiser le drame de la mort de cette enfant -
25 mais la vie de cette enfant était triste. Le bien-

1 être de cette enfant. Même cette enfant avait un
2 futur qui était tellement gris, qui était
3 tellement... où il y avait tellement peu d'espoir.
4 Et c'est là où il faut commencer, à mon avis, à
5 mettre moins l'accent sur le processus décisionnel
6 ou le processus de gestion de dossier, où souvent
7 on finit par mettre beaucoup l'accent, mais c'est
8 vraiment la question est : qu'est-ce qu'on a comme
9 services, comme interventions qui peuvent faire une
10 différence pour ces familles? Qu'est-ce qu'on a
11 comme services pour aider une mère toxicomane?
12 Qu'est-ce qu'on a comme évidence que ces services
13 sont efficaces? Qu'est-ce qu'on a comme services
14 pour un père qui est dépressif? Qu'est-ce qu'on a
15 pour... comme services pour une famille où il y a
16 une crise familiale et un enfant avec des besoins
17 particuliers? On met tellement l'accent sur la
18 question du placement ou pas, de l'intervention ou
19 pas.

20 C'est un peu... pour revenir un peu au
21 modèle du médecin généraliste, qu'est-ce que les...
22 comment est-ce que les médecins généralistes
23 peuvent mieux prendre leurs décisions pour empêcher
24 des problèmes au niveau d'un cancer ou des
25 problèmes au niveau cardiaque? Le rôle du

1 généraliste, c'est d'aider à gérer la situation
2 mais c'est les services eux-mêmes, c'est les
3 interventions elles-mêmes qui... qu'on doit mieux
4 comprendre. Et c'est ça que je trouve souvent
5 triste quand on examine ces situations, on met
6 tellement l'accent sur le processus décisionnel et
7 beaucoup moins sur qu'est-ce qu'on a comme services
8 pour ces familles. C'est des familles qui
9 souffrent, c'est des enfants qui souffrent, on doit
10 leur offrir quelque chose de vrai, pas juste des
11 décisions. Je ne sais pas si je réponds
12 suffisamment à la question?

13 Q. **[45]** Oui, mais en fait, ce que.. ce que vous nous
14 dites, c'est qu'on met dans ces contextes-là
15 beaucoup, beaucoup l'accent sur la gestion du
16 risque puis sur la décision de retirer ou non dans
17 un contexte où on veut assurer la sécurité d'abord
18 et avant tout. Je comprends. Donc, en contrepartie,
19 qu'on ne regarde pas assez tous les aspects du
20 développement de l'enfant puis du soutien aux
21 familles.

22 R. Absolument, c'est ça. Et la question de : est-ce
23 qu'on a les services en place pour faire une
24 différence? Des décisions sans service ou avec des
25 services qui ne sont pas adaptés aux besoins de ces

1 familles, c'est des familles qui sont très
2 difficiles à... puis qui ont beaucoup de... à
3 accéder aux services, que c'est des familles qui
4 font face à beaucoup de difficultés ou se
5 présentent à un rendez-vous à temps, trouver le
6 transport pour aller chercher un service, c'est des
7 défis. Et c'est des familles qui souvent finissent
8 par ne pas recevoir les services qui sont à la
9 disposition de la communauté de façon plus
10 générale, c'est des gens finalement qui
11 accepteraient... avec beaucoup de difficulté à des
12 services essentiels auxquels, pour lesquels on
13 comprend comme étant essentiels.

14 Donc, c'est... c'est pas tellement que cet
15 enfant soit placé ou pas placé, prenons, par
16 exemple, la décision de placement, pour... même si
17 la décision placement ou pas se fait, qu'est-ce
18 qu'on a offert pour un enfant placé? Qu'est-ce
19 qu'on a ensuite pu offrir comme services à la
20 famille de l'enfant pour que le retour en famille
21 se passe bien? Parce que souvent, on a très peu de
22 services qui adressent leurs besoins. Est-ce qu'il
23 y a des services, prenons de nouveau l'exemple de
24 la toxicomanie, est-ce qu'il y a des services pour
25 parents toxicomanes qui permettent à ces parents de

1 recevoir ces services de façon efficace et pourtant
2 également de respecter leur réalité de parents?
3 Est-ce qu'on a des services qui sont adaptés à
4 cette population? Je ne crois pas, ils sont mal
5 développés, c'est là où on doit vraiment mettre
6 l'accent.

7 Q. **[46]** Alors c'est ça. Donc si je comprends bien,
8 c'est qu'on met beaucoup, beaucoup l'accent sur la
9 gestion du risque et ce n'est pas tant... si on
10 veut prévenir des drames comme celui qu'on a connu,
11 ce n'est pas tant en jugeant le risque puis en se
12 centrant sur une décision de retirer ou pas, mais
13 plutôt en soutenant, en donnant tous les services
14 aux parents. Puis enfin intéressant, en fait, à
15 comment va l'enfant, son développement...

16 R. Absolument.

17 Q. **[47]** ... et comment va... comment vont les parents
18 également. Et c'est ça qui va nous donner peut-être
19 de meilleures indications sur la gestion du risque.

20 R. Pose la question et on se met souvent dans la
21 situation du juge Salomon avec un choix impossible
22 entre deux possibilités qui... aucune n'aidera
23 l'enfant parce que justement, on a... ces familles,
24 ces enfants n'ont pas accès aux services qu'il leur
25 faut pour vraiment les aider. Et c'est là où on

1 doit reposer la question, que l'enfant soit placé
2 ou pas, la question reste : qu'est-ce qu'on a comme
3 services pour cet enfant en placement ou à la
4 maison? Qu'est-ce qu'on a comme services pour cette
5 famille? Comment est-ce qu'on va adresser ces
6 problématiques qui ne sont pas des problématiques
7 de protection en soi, mais une problématique bien
8 plus globale de santé mentale, de pauvreté, de
9 toxicomanie, et caetera?

10 Q. [48] Puis le système tel qu'il est conçu
11 actuellement avec le DPJ, la réception des
12 signalements, l'évaluation, est-ce que c'est
13 simplement de donner une perspective un peu
14 différente ou est-ce qu'il est bien conçu dans
15 l'articulation avec la première ligne, par exemple,
16 les services de protection qui sont centrés d'abord
17 sur la sécurité puis on le comprend là?

18 R. Écoutez, premièrement, la première chose que je
19 dirais, c'est que je ne sais pas et personne le
20 sait. On comprend très, très mal les trajectoires
21 entre la première et la seconde ligne. Il y a très
22 peu de données au Québec et d'ailleurs très peu de
23 données au Canada sur les trajectoires de services,
24 de passer de l'un à l'autre, on ne sait pas
25 vraiment comment ça se décline. Mon impression,

1 c'est qu'on a une tendance un peu binaire, donc on
2 voit une famille comme étant une famille qui reçoit
3 des services en prévention, si ça ne va pas, on
4 ferme le dossier en prévention et on l'envoie à la
5 Protection de la jeunesse. Et ça, je vois ça comme
6 étant un problème énorme.

7 Un pédiatre, un professeur d'école qui voit
8 un enfant qui a besoin de quelque chose de plus, a
9 accès à un outil qui est très limité, le
10 signalement, l'enquête, un signalement qui souvent
11 finit par détruire la relation que cette personne a
12 déjà avec cette famille, qui fait suite à une
13 enquête qui amènera peut-être ou peut-être pas
14 certains services et dans un certain sens, une
15 transition d'une approche à une autre, et ce n'est
16 pas ça que la personne est en train de chercher.

17 Ce qu'il cherche c'est : je suis le
18 pédiatre, je ne peux pas, je n'ai pas accès à
19 suffisamment d'informations, je ne peux pas voir
20 cet enfant dans son milieu, j'ai l'impression que
21 quelqu'un doit pouvoir voir un peu comment ça se
22 passe dans son milieu pour voir comment on peut
23 mieux soutenir cette famille. La Protection de la
24 jeunesse a ses outils mais le seul moyen d'y
25 accéder, c'est avec ce signalement très binaire où

1 on a... qui mène très souvent, mon impression, de
2 nouveau c'est une impression, qui mène à une perte
3 d'une relation au niveau plus communautaire, au
4 niveau plus préventif pour passer à un service de
5 protection qui a besoin de maintenir ce lien.

6 Donc, on a... on a mis en place, pas
7 seulement à travers le concept de signalement et
8 d'enquête mais même au niveau de l'échange
9 d'informations et ça, on l'entend souvent, de
10 nouveau, je ne sais pas si, on n'a pas de données
11 mais on entend souvent des gens de la première
12 ligne, les gens qui signalent, qui sont frustrés
13 par le fait qu'ils ont reçu aucune information sur
14 où l'enquête a mené, où ça a abouti, qu'est-ce
15 qu'il y a eu comme résultat? Il n'y a pas cet
16 échange essentiel de collaboration mais on a
17 l'impression d'un système qui met beaucoup plus
18 l'accent sur une approche au niveau très binaire.

19 Donc, c'est soit du communautaire et du
20 préventif ou c'est la Protection de la jeunesse
21 plutôt qu'un mécanisme qui, où la Protection de la
22 jeunesse est un ajout, c'est quelque chose pour
23 soutenir les familles quand elles essaient de
24 passer par ce système complexe de services, sauver
25 des familles, de nouveau, qui n'ont pas

1 nécessairement les outils pour utiliser les
2 services CLSC, et caetera, de la meilleure manière
3 possible.

4 Q. **[49]** Donc, il faudrait éviter de briser la relation
5 qui est déjà...

6 R. Absolument.

7 Q. **[50]** ... à ce moment-là. Je vous remercie beaucoup.

8 LA PRÉSIDENTE :

9 Merci. On poursuit avec Hélène David.

10 Mme HÉLÈNE DAVID, commissaire :

11 Q. **[51]** Oui. Merci beaucoup de votre présentation et
12 vous sortez du champ habituel du chercheur
13 universitaire, ce n'est pas pour me déplaire,
14 évidemment, j'apprécie beaucoup. On nous avait
15 avertis d'ailleurs que vous aviez des résultats de
16 recherches, des choses qui arrivent à des
17 conclusions, donc solidement étayées et d'autres
18 qui sont carrément des réflexions de type social,
19 j'oserais même dire politique.

20 Mais je... tout ce que j'ai lu de vous,
21 effectivement, ça doit être l'expérience et à force
22 de voir des chiffres et tout ça, vous en faites une
23 réflexion de type social et c'est ce à quoi on
24 assiste depuis le début de votre intervention et
25 Jean-Marc Potvin est exactement allé dans ce sens-

1 là. Ce que vous dites, dans le fond, c'est : il
2 faudrait avoir beaucoup plus, et on a noté, une
3 approche beaucoup plus flexible, communautaire,
4 intersectorielle, mélanger la première et deuxième
5 ligne, on ne sait pas ce qui va... si ça va bien ou
6 pas bien avec les trajectoires de services, on se
7 décharge de la première ligne à la deuxième ligne,
8 les signalements sont binaires. Tout ça, c'est un
9 constat qui est... qui est soit très déprimant,
10 soit qui nous donne des pistes pour intervenir et
11 faire des propositions.

12 J'aimerais vous entendre plus, parce que je
13 pense que vous allez répondre qu'il n'y a pas de
14 données sur ce que vous dites, mais vous avez quand
15 même assez d'expérience et de notoriété, j'oserais
16 dire, pour asseoir des recommandations qui
17 ressemblent à celles de vos prédécesseurs, la Santé
18 publique, ou de d'autres qui sont venus dire : « Ça
19 n'a pas de bon sens, première ligne, deuxième
20 ligne, ça ne se parle pas, on a l'impression », et
21 là, vous donnez le chiffre de quatre-vingt-six pour
22 cent (86 %), ça c'est un vrai chiffre, c'est un...
23 qui sont des jeunes qui ne sont pas dans une
24 urgence, la plus urgente qui soit sortir la
25 personne, l'enfant de son milieu parce qu'il est à

1 très grand risque. Donc, tout le reste, on tombe
2 dans... quand je dis « Politique » au sens « P »
3 majuscule, c'est qu'est-ce qu'on fait pour les
4 familles? Qu'est-ce qu'on fait? Alors, je vais vous
5 reposer la question : d'une part, comment pourrait-
6 on en faire un programme de recherche de ce que
7 vous avancez? Et quelles seraient vos
8 recommandations par rapport à cette plus grande
9 flexibilité entre la première et la deuxième ligne?
10 R. Merci. Des très bonnes questions. Et vous avez tout
11 à fait raison, il y a un côté politique qu'il faut
12 saisir. Par rapport à un programme de recherche
13 pour commencer avec cette partie de la question, je
14 vois, il y a vraiment deux côtés qui sont, qu'il
15 faut saisir. Le premier, c'est ce monitoring des
16 trajectoires, donc bien comprendre quelle est
17 l'expérience, les enfants, les familles quand ils
18 sont... passent par ces services.

19 C'est seulement en ayant cette information
20 qu'on peut voir si les services se suivent bien ou
21 s'il y a des difficultés et là, je crois que vous
22 avez déjà entendu, vous avez suffisamment un sens
23 du manque incroyable d'informations même à
24 l'intérieur de la Protection de la jeunesse, que ce
25 soit au Québec ou que ce soit dans toutes les

1 autres provinces, même une statistique toute simple
2 comme quel pourcentage d'enfants qui sont placés
3 finissent par revenir chez eux? Et quel pourcentage
4 les enfants qui reviennent chez eux, finissent par
5 revenir en placement? Il y a vraiment aucune
6 juridiction qui rapporte cette information et qui
7 est vraiment capable de répondre à cette question
8 fondamentale. Alors ça vous donne un petit exemple.
9 De façon plus globale, comprendre quand une
10 référence se fait à des services spécialisés, quel
11 pourcentage de ces références mènent à un service?
12 Quand une référence se fait vers des services
13 communautaires, de nouveau, lesquels mènent à des
14 services et à quoi ils aboutissent?

15 Au niveau du monitoring, je crois qu'il y a
16 des données importantes à aller chercher. J'hésite
17 beaucoup d'appeler ça de la recherche et là, je me
18 tire un peu dans les pieds parce qu'on passe notre
19 temps à travailler ce genre de données,
20 franchement, parce que c'est des données que, à mon
21 avis, les organismes devraient analyser eux-mêmes.
22 Ce n'est pas des problèmes de... des grosses
23 questions de recherche, c'est vraiment des
24 questions, tout banquier, toute personne qui a un
25 commerce est capable de répondre à ce genre de

1 questions fondamentales : qui sont nos clients,
2 quelles sont leurs caractéristiques, lesquels
3 restent, lesquels partent, c'est comme ça qu'on
4 fait bien marcher les affaires. Au niveau des
5 services sociaux, franchement, on ne le fait pas.
6 Je n'appellerais pas ça de la recherche. Nous, on
7 est un peu obligé de notre côté de s'impliquer
8 parce que sans cette information un peu
9 épidémiologique, on ne peut pas ensuite faire de la
10 recherche plus sérieuse.

11 La recherche dont on a besoin là, je
12 reviens un peu à la question des services, c'est
13 vraiment au niveau de l'efficacité, pas
14 l'efficacité de services pour savoir comment on
15 minimise le nombre de placements ou de
16 déplacements, comment est-ce qu'on minimise la
17 durée en placement, ça c'est des... c'est des
18 données sur le processus, sur les processus de
19 services mais comment, des recherches sur les
20 résultats.

21 Donc, quelles interventions pour des mères
22 d'enfants de zéro, trois ans, qui ont des
23 difficultés d'attachement, quelles interventions
24 sont les plus efficaces? Ça, c'est le genre de
25 recherche qu'on devrait être en train de faire,

1 c'est vraiment à ce niveau-là qu'on peut se poser
2 la question de l'efficacité, pas au niveau de
3 l'efficacité du système de gestion de services, pas
4 l'efficacité des décisions, c'est vraiment des
5 vrais services, est-ce que les services adaptés à
6 cette population sont efficaces ou pas? Donc, c'est
7 là ou je verrais plutôt la recherche aller du côté
8 évaluation.

9 Par rapport, à la seconde partie de la
10 question, je crois, pour ce quatre-vingt-six pour
11 cent (86 %), je dirais que la chose la plus
12 délicate, c'est trouver une façon de changer notre
13 façon de faire sans perdre l'importance
14 fondamentale de se coller à ces enfants, se coller
15 à ces familles et d'assurer le suivi. Donc, ma
16 crainte c'est que si on parle trop comme on le fait
17 de façon publique, comme on est en train de faire,
18 de cette distinction entre les situations de
19 protection urgente versus bien-être, il n'y a pas
20 nécessairement au niveau du public, des
21 politiciens, il n'y a pas nécessairement toujours
22 le même sens que le bien-être est tout aussi
23 important ou urgent que l'urgence et on finit par
24 se... par faire des fausses promesses, à mon avis,
25 en essayant de tout mettre dans le... sous le plan

1 de la protection qui a tendance à inquiéter les
2 gens. À partir du moment, on commence à dire :
3 « Non, c'est pas une question de protection, c'est
4 une question de bien-être », la peur c'est qu'on
5 finisse par ne plus avoir le même sentiment
6 d'importance de ces situations. Et c'est là où ça
7 devient plus compliqué et je dirais vraiment
8 l'essentiel comme étant trouver un système qui met
9 l'accent sur le suivi.

10 Donc, que cet enfant reçoive un service la
11 semaine prochaine ou dans six mois, ce n'est pas
12 tellement important. En revanche, que des services
13 soient fournis et soient efficaces sur les trois
14 prochaines années, c'est ça qui est essentiel. Et
15 ce qu'on trouve, c'est que ce sont les familles qui
16 ont beaucoup de difficultés à recevoir les services
17 dont ils ont besoin parce qu'il y a les problèmes
18 d'organisation, parce qu'ils n'ont pas accès à des
19 transports, parce qu'il y a des crises, et c'est
20 les services, ce sont les familles qui finissent
21 par ne pas... qui commencent un service et ne le
22 complètent pas.

23 Q. [52] Et qui arrivent donc en deuxième ligne et qui
24 arrivent en urgence. Alors, c'est comme si vous
25 décriviez, je fais une image comme ça, de... au

1 Québec, on serait une société de médecins
2 spécialistes et on aurait à peu près plus de
3 médecins généralistes de la jeunesse, on aurait que
4 des spécialistes mais il n'y a plus ce rôle de
5 pivot de médecins généralistes, est-ce que je
6 traduis...

7 R. Vous traduisez parfaitement la situation. C'est
8 vraiment au niveau du généraliste et c'est donc, on
9 ne demande pas aux généralistes de faire la
10 chirurgie, on ne demande pas aux généralistes de
11 prendre responsabilités pour tous les services mais
12 cette gestion des services et s'assurer que ces
13 familles, ce concept de se coller à la famille,
14 avec le concept de protection, on le comprend
15 relativement bien. Mais au niveau du bien-être, il
16 faut qu'on ait un service où l'intervenant est
17 responsable pour s'assurer que cette famille
18 recevra les services nécessaires.

19 Q. **[53]** Et qui n'aura pas besoin de se retrouver à
20 l'urgence, on dit souvent que les gens ne devraient
21 pas aller à l'urgence s'il y avait des cliniques
22 ouvertes...

23 R. Voilà!

24 Q. **[54]**... sept jours par semaine, c'est un peu ça que
25 vous dites aussi.

1 R. Exactement.

2 Q. **[55]** Ces familles-là ne se retrouveraient
3 probablement pas à l'urgence des services sociaux
4 s'il y avait eu des soins de première ligne?

5 R. Oui.

6 Q. **[56]** Merci.

7 LA PRÉSIDENTE :

8 Merci. On poursuit avec Danielle Tremblay.

9 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

10 Q. **[57]** Bonjour, Monsieur Trocmé, merci beaucoup de
11 votre présence. Le temps vous ayant bousculé dans
12 votre présentation, j'aimerais vous amener à votre
13 quatrième recommandation qui parle de l'importance
14 de la formation, de l'expérience, du soutien
15 clinique et de l'encadrement administratif. Vous
16 nous avez dit dans votre présentation sur le volet
17 de l'encadrement administratif, qu'à votre avis, il
18 faut revoir la structure organisationnelle. Puis
19 dans les documents qu'on nous a remis, on parle du
20 rôle des réviseurs qui est moins clair et qu'il
21 faudrait peut-être voir un système d'inspection
22 externe. J'aimerais que vous développiez sur...
23 autour de ces questions-là?

24 R. C'est plutôt une caution. Donc juste faire un
25 retour en arrière. Avant... avant deux mille

1 quatorze (2014), la structure des centres Jeunesse
2 et la loi avaient développé une certaine harmonie.
3 Il y avait à l'intérieur du système de centres
4 Jeunesse une tension naturelle qui avait été
5 développée, intentionnelle du côté de la loi, entre
6 le rôle de la DPJ et le rôle de l'application des
7 mesures et le rôle des réviseurs en particulier
8 pour, dans un certain sens, assurer une espèce
9 d'inspection interne, le tout chapeauté par un
10 directeur général qui avait la responsabilité
11 d'assurer qu'il y avait... que cette tension
12 restait une tension fonctionnelle.

13 Maintenant, on se retrouve avec ces deux...
14 ces deux bureaux, dans un certain sens, très loin
15 l'un de l'autre, dans un certain sens, dans
16 l'organigramme des CISSS et des CIUSSS, il n'y a
17 pas vraiment une personne que je... en tout cas, vu
18 de ma perspective, je ne comprends pas très bien
19 qui a la responsabilité pour s'assurer que cette
20 tension naturelle entre la révision et
21 l'application de mesures sert vraiment le rôle
22 nécessaire. Donc, si on est en train d'essayer de
23 voir un peu où on va aller, s'il y a un changement
24 structurel, et à mon avis, il y a besoin d'un
25 certain changement structurel, on a besoin de... de

1 ramasser ces services autour, les encadrer avec une
2 personne qui a la responsabilité pour s'assurer une
3 bonne coordination entre ces services, il faudra
4 faire très attention à s'assurer soit que le rôle
5 des réviseurs soit respecté comme jouant cette
6 espèce d'inspection interne. Ou si on n'est pas
7 capable de... si on perd cet... si cette tension
8 n'est pas soutenable dans la structure qui est mise
9 en place, alors il faut passer à un système
10 d'inspection externe.

11 Je ne mets pas l'accent sur l'un ou sur
12 l'autre mais je note que de façon générale, pour
13 faire un autre petit retour, dans un certains sens,
14 en arrière, je vais revenir à ces questions de la
15 supervision clinique parce que c'est... la
16 supervision clinique et l'encadrement administratif
17 vont un peu dans le même sens, il y a une
18 complexité avec le travail avec ces familles qui
19 est énorme. D'un côté, pour pouvoir les aider et
20 les soutenir, il faut être prêt à se lancer un peu
21 dans la famille, dans la logique de leur famille.
22 Et le rôle du superviseur, dans un certain sens,
23 c'est d'assurer à... d'assurer que l'intervenant ne
24 devienne pas complètement, le terme anglais c'est
25 « in mesh », je ne sais pas le terme en français,

1 ne devienne pas trop mêlé à la logique de la
2 famille. D'un côté, il faut être prêt à le faire.
3 En revanche, il faut garder une certaine
4 perspective, c'est le rôle de la supervision
5 clinique, un rôle essentiel dans ce genre de
6 travail. D'ailleurs, c'est pour ça que j'ai fait
7 référence très rapidement à la thérapie familiale
8 également, de façon générale, la thérapie familiale
9 fonctionne avec le même système.

10 Au niveau administratif, c'est un peu la
11 même chose. Il y a une certaine... c'est des
12 familles très complexes, c'est des services très
13 complexes où on peut finalement se retrouver un peu
14 dans un... dans une logique qui, avec un peu de
15 perspective, est perdue. Et c'est essentiel, donc
16 au niveau administratif, d'assurer également qu'il
17 y a cette perspective externe, quelqu'un qui de
18 temps en temps revient pour voir : « Où va-t-on
19 avec cette famille? Est-ce que les choses sur les
20 derniers six mois, la dernière année, ont vraiment
21 évolué comme on le voulait? » On devient tellement
22 réactif aux nouveaux problèmes du jour de cette
23 famille qu'on finit par perdre un peu le sens de la
24 forêt. D'où l'importance au niveau administratif
25 d'assurer qu'il y a un système d'inspection

1 externe, externe dans le sens de quelqu'un qui est
2 à l'extérieur du service qui est fourni à cette
3 famille, que ce soit le rôle des réviseurs, que je
4 trouvais vraiment intrigant mais c'était vraiment
5 au Québec, c'était probablement la seule
6 juridiction que je connaissais au Canada qui avait
7 développé cette espèce de monitoring interne avec
8 cette tension entre les deux ou que ce soit avec
9 une inspection externe, ça, je n'ai pas de...
10 d'opinion particulière.

11 Mais ce qui m'inquiète beaucoup, c'est
12 qu'avec la réorganisation, on a... on risque de
13 perdre cette balance délicate entre les rôles des
14 réviseurs et des gens qui fournissent les services.
15 J'ai aucune donnée, je ne peux pas vous dire si
16 c'est... mais je ne comprends pas très bien comment
17 on gère cette tension qu'elle était
18 intentionnellement inscrite dans la loi avec, et la
19 loi qui avait été développée autour du concept de
20 centres Jeunesse, qu'on a perdu cette structure, je
21 suis moins certain que la loi est suffisamment bien
22 adaptée à la nouvelle structure et à tout
23 changement de structure. Il faudra faire... bien
24 faire attention à cette question de maintenir soit
25 cette tension ou alors développer un autre

1 mécanisme. J'espère que ce n'est pas trop...

2 Q. **[58]** Non, ça va.

3 R. ... farfelu comme réponse mais c'est compliqué.

4 Q. **[59]** Ça répond à des...

5 R. Oui.

6 Q. **[60]** ... à des préoccupations que nous avons. Sur
7 le volet de la formation, vous nous parlez que le
8 baccalauréat en service social est un baccalauréat
9 qui... un diplôme généraliste qui prépare bien les
10 étudiants à la pratique, mais vous nous parlez de
11 développer une spécialisation. Dans les analyses
12 qu'on a faites à venir jusqu'à maintenant, les
13 cursus de formation universitaire sont vraiment
14 très diversifiés, si je peux m'exprimer ainsi. Est-
15 ce qu'à votre avis, je comprends que vous êtes de
16 McGill, mais est-ce qu'à votre avis, tous les
17 cursus de formation universitaire actuellement
18 préparent bien à la pratique parce que c'est
19 vraiment pas tous les étudiants qui vont à la
20 maîtrise ou qui vont dans une spécialisation qui
21 leur permet davantage de développer cette
22 expertise-là?

23 R. Écoutez, on n'a pas... je peux pas vraiment faire
24 de commentaires sur les... sur les cursus de
25 programmes, c'est pour ça que je me suis restreint

1 vraiment aux programmes que je connais, qui est
2 notre programme à McGill. J'avais de l'expérience
3 avant à l'Université de Toronto, je connaissais
4 bien ce programme également. Oui, moi, je... par
5 rapport aux programmes, en tout cas, que nous
6 avons, j'ai l'impression, en effet, que nos
7 étudiants sont bien préparés au travail, au service
8 social de façon, dans un modèle généraliste, n'est
9 qu'une partie importante ensuite de la formation se
10 fait avec l'expérience sur le terrain, encadré par
11 des supervisions cliniques.

12 Il y a un moment où, vraiment bien
13 comprendre comment travailler avec une famille en
14 contexte de protection de la jeunesse, c'est très
15 différent d'apprendre à travailler avec une famille
16 dans un contexte d'hôpital ou dans un contexte de
17 gérontologie sociale, ou de travail avec des
18 communautés dans un contexte de développement
19 communautaire. Donc il y a un moment où cette
20 expertise émerge avec l'expérience de travail. Mais
21 je continue à être absolument persuadé que le point
22 de départ, c'est une approche généraliste avec une
23 spécialisation, dans un certain sens, qui se fait
24 avec l'expérience. Et oui, j'ai l'impression que
25 nos étudiants sont bien préparés pour... au point

1 de départ, mais je ne mettrais jamais un étudiant
2 avec un baccalauréat en service social dans une
3 position de prendre des décisions importantes par
4 rapport à une famille sans un encadrement clinique
5 important.

6 Q. **[61]** Donc, le volet intégration, soutien à
7 l'intégration, à la pratique est important aussi
8 pour vous...

9 R. Absolument.

10 Q. **[62]** ... dans les premières années...

11 R. Tout ce qu'on peut faire avec la théorie, avec des
12 scénarios en classe, avec des mises en scène. Il y
13 a un moment où, pour un intervenant apprendre
14 vraiment comment... comment bien confronter la
15 complexité de ce travail, ça se fait sur le
16 terrain.

17 Q. **[63]** On nous a parlé de différents modèles de
18 mentorat, de pairage...

19 R. Absolument.

20 Q. **[64]** ... ce sont des modèles qui peuvent aider les
21 nouveaux travailleurs à bien intégrer les
22 fonctions?

23 R. Absolument. Et ça prend du temps. Je suis...
24 j'étais pas nécessairement l'intervenant le plus
25 doué du monde, j'ai travaillé pendant quatre ans au

1 sein d'une équipe au niveau de la Protection de la
2 jeunesse, quand j'ai quitté cette équipe quatre ans
3 plus tard, j'étais toujours le plus jeune, le
4 nouveau de l'équipe. Et quatre ans après, je
5 commençais tout juste à vraiment bien comprendre.
6 Quand je voyais travailler des gens avec de
7 l'expérience, alors on a vu... sur la moyenne, mais
8 les gens étaient six, huit, dix (10) ans
9 d'expérience, c'était extraordinaire de voir...
10 extraordinaire de voir comment ils sont capables de
11 travailler avec des familles pour les aider à faire
12 ressortir leurs forces pourtant en les confrontant
13 avec les réalités des difficultés qui sont... qui
14 émergent. C'est difficile comme travail...

15 Q. **[65]** Hum, hum.

16 R. ... il faut... c'est une expertise qui se développe
17 sur le temps, dans un cadre d'encadrement clinique.

18 Q. **[66]** Je vous remercie beaucoup.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Merci. On poursuit avec Gilles Fortin.

21 M. GILLES FORTIN, commissaire :

22 Q. **[67]** Bonjour. Merci de votre présence. Vous avez
23 parlé tantôt de l'importance, là, de la première
24 ligne, et vous nous avez dit il n'y a pas de
25 recherche claire sur comment se fait le passage,

1 comment s'installe la complémentarité. Il y a
2 beaucoup de gens qui sont venus ici, qui nous ont
3 dit que la confidentialité était un handicap. Est-
4 ce que vous auriez des commentaires là-dessus?

5 R. Oui et non. Comme toujours le point de départ sera
6 de dire : « Je ne sais pas. »

7 Q. [68] Nous non plus.

8 R. J'entends souvent ce commentaire. Et c'est pas
9 clair pour moi si le problème c'est la façon la loi
10 est écrite ou l'interprétation de la loi.

11 Donc, il y a peut-être un problème
12 d'interprétation, mais je ne suis pas juriste. Mais
13 ce que je sais, c'est que les gens se plaignent
14 souvent du fait que, quand ils font un signalement,
15 et d'ailleurs, d'emblée, le mot signalement me
16 semble problématique plutôt que le concept de
17 référence.

18 Mais quand ils font un signalement ou quand
19 ils font une référence, le retour d'information est
20 minime et le retour d'information est minime, parce
21 qu'il y a une perception qu'entre professionnels on
22 ne peut pas avoir un échange d'informations.

23 À partir du moment où l'information va
24 seulement dans une direction, on ne peut pas parler
25 de collaboration.

1 Q. **[69]** Au fond, est-ce que vous nous dites que le
2 terme signalement appelle plus, justement, à une
3 délégation, alors que référence veut dire travail
4 en complémentarité?

5 R. Oui, absolument. Et je comprends l'importance de
6 respecter la confidentialité des informations, mais
7 je trouve ironique que d'un côté, ça peut être
8 parfois difficile, sinon impossible, d'aller
9 chercher des informations. Et pourtant, on a le
10 pouvoir de placer un enfant en-dehors de sa
11 famille. On a plus de pouvoirs de placement que
12 d'accès à l'information, et ça, je trouve ça
13 extraordinaire, ça me semble bizarre.

14 Q. **[70]** Je vais juste continuer sur la question des
15 placements. On est soucieux, parce qu'on nous
16 apporte souvent cet argument-là, même si peut-être
17 les données probantes ne sont pas complètes sur le
18 fait que le placement, souvent, est le début d'un
19 aller-retour.

20 Rarement je dis, mettons, on a l'impression
21 que, rarement, le placement est unique, c'est-à-
22 dire que c'est rare que l'enfant une fois placé une
23 première fois, ne le sera qu'une seule fois. Très
24 souvent, sauf si c'est en urgence pour un trente
25 (30) jours, le temps de clarifier la situation, la

1 plupart du temps placement une fois veut dire
2 placement soit à long terme, mais malheureusement,
3 beaucoup plus souvent des allers-retours. Est-ce
4 que vous avez des commentaires sur ça?

5 R. Le premier commentaire serait que, d'après les
6 données que nous avons pour le Québec, les données
7 que j'ai également vues en Ontario, en Alberta, des
8 données qu'on est en train de suivre également au
9 niveau des familles autochtones, je dirais que la
10 majorité des placements, sont des placements
11 uniques où il y a retour en famille assez
12 rapidement. Donc, en premier rapport, la question
13 c'est de savoir : est-ce qu'on a les données
14 suffisantes qui répondent à cette question?

15 Ceci étant dit, il y a une minorité
16 importante d'enfants pour lesquels le premier
17 placement est le début d'une série de placements.
18 Là également, ça devient important de comprendre
19 quelle est cette séquence et les raisons pour cette
20 séquence. Pour certains enfants, c'est un placement
21 qui est suite à une urgence, un retour en famille
22 si les soutiens sont... si on a mis les services en
23 place, c'est toujours possible qu'il y ait une
24 nouvelle urgence.

25 La terminologie, la façon que l'on voit ces

1 situations devient également une partie du
2 problème, le placement, un peu comme le
3 signalement, c'est une intervention qui finit par
4 un trait linéaire et dichotomique. Et je comprends
5 la complexité de cette situation. Mais un des
6 problèmes, c'est que c'est difficile pour la
7 famille de bien trouver son rôle dans le contexte
8 d'un enfant placé.

9 Les relations entre l'enfant et sa famille
10 sont difficiles à soutenir. C'est difficile pour la
11 famille d'accueil de jouer vraiment un rôle
12 inclusif.

13 J'avais fait une revue du genre de la
14 situation des placements en Ontario il y a deux,
15 trois ans et on avait entendu beaucoup de familles
16 d'accueil en particulier. Je me souviens en
17 particulier de deux, trois mères d'accueil qui
18 disaient : « Dans notre agence, une des choses
19 qu'on nous dit, on n'a pas le droit de placer les
20 photos de nos enfants, qui sont placés, sur
21 Facebook ou autre, et même à l'école puisque les
22 photos qui sont prises à l'école sont sur le site
23 Internet, on n'a pas le droit de... Donc, ces
24 enfants sont exclus constamment, on leur rappelle
25 constamment qu'ils font pas partie de la famille

1 d'accueil, que chaque fois qu'ils veulent avoir une
2 relation avec leurs parents, ils doivent passer par
3 un intervenant.

4 Je comprends dans un certain sens la
5 logique qui vient de cette situation, mais une
6 partie du dilemme c'est jusqu'à quel point est-ce
7 qu'on peut reconnaître que, pour certaines
8 familles, c'est des familles qui vont faire face à
9 une série de crises. Est-ce que le placement doit
10 toujours être vu comme étant une intervention, une
11 intervention tellement négative?

12 Jusqu'à quel point est-ce qu'on peut
13 penser, par exemple, à une situation où, pour
14 certains enfants, certaines familles, où il y aura
15 peut-être une série de crises, qu'il y a une
16 possibilité de trouver une famille d'accueil, une
17 espèce d'oncle ou tante, de parent, dans un sens,
18 qui est capable d'absorber l'enfant pendant la
19 période de crise, pour que l'enfant puisse rentrer,
20 ensuite revenir en famille? Je dis pas que c'est le
21 modèle parfait non plus. Mais il faut reconnaître
22 qu'il y a certaines familles où il y aura des
23 difficultés à long terme et le placement pourrait
24 très bien, si on le concevait comme étant une
25 espèce de soutien à long terme, pourrait très bien

1 avoir plus de flexibilité et être un processus plus
2 naturel qu'il ne l'est pour le moment.

3 Donc, tout ça pour dire qu'on doit vraiment
4 pousser cette question un peu, se demander est-ce
5 qu'on a vraiment organisé le concept de placement
6 de façon suffisamment... avec suffisamment
7 d'options, de façon à ce qu'il soit flexible pour
8 répondre à différents types de situations, pour
9 différents types de familles, je ne le crois pas.

10 Q. [71] Parce que vous savez que dans la loi du Québec
11 il y a un... je me souviens plus, je pense que
12 c'est l'article 91 qui dit que pour un enfant de
13 moins de deux ans, une période de placement ne
14 devrait pas dépasser un an. Sinon, on va envisager
15 un plan de vie. Au fond, il y a une intensité
16 d'évaluation de services qui devrait s'appliquer
17 dans cette situation-là qui souvent, semble-t-il,
18 n'est peut-être pas rendue là.

19 On a l'impression qu'une fois l'enfant
20 placé, on a répondu à un besoin de sécurité et
21 justement, le bien-être, la restructuration de la
22 famille pour le bien-être de l'enfant est un peu
23 mis de côté. Est-ce que ça rejoint?

24 R. C'est mon impression, également. Mais de nouveau,
25 c'est une impression. J'ai quand même examiné

1 différentes études qui essaient de voir jusqu'à
2 quel point les services sont offerts à des
3 familles, à des enfants, à des familles, quand les
4 enfants sont en placement.

5 De façon générale, je crois qu'il y a en
6 effet un manque, une tendance à dire : « Bon, on
7 arrête. On est à la première question. Et en effet,
8 placer un enfant sans mettre le paquet de services
9 pour bien soutenir la famille me semble très
10 problématique.

11 Q. **[72]** Merci.

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Q. **[73]** Merci. Alors, j'avais une question pour vous.
14 Vous avez vraiment beaucoup parlé de la formation
15 et tout ça. Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour
16 valoriser assez rapidement le travail des
17 intervenants? Avez-vous des suggestions à nous
18 faire?

19 R. Oui, je crois qu'il y a des suggestions qui sont
20 relativement... qui, pour moi, ont du bon sens. Je
21 reviens toujours à cette question, à cet exemple,
22 je suis désolé de toujours revenir à ça, de la
23 supervision et du soutien clinique.

24 C'est des familles complexes qui font face
25 à beaucoup de difficultés. Être un intervenant où

1 on est soutenu dans le processus clinique
2 d'intervention est une chose extraordinaire, c'est
3 un travail qui... où on a une capacité d'axer à des
4 familles des enfants, ce qui est extraordinaire.
5 Mais essayer de faire ce genre de travail sans ce
6 soutien clinique, on passe tout son temps à se
7 demander : « Est-ce que j'ai pris la bonne
8 décision? Est-ce que je manie bien le risque? »

9 Donc, ça passe d'une situation où, dans un
10 certain sens, on peut sentir une certaine
11 possibilité de créativité professionnelle, on peut
12 se dire : « Tiens, j'ai essayé une approche un peu
13 différente, parce que je suis soutenu », versus une
14 approche où on sent toute la lourdeur du processus
15 décisionnel tombant sur un intervenant.

16 Je dirais que ça, avant tout, c'est la
17 différence fondamentale qui montre peut-être, dans
18 un contexte où on a des énormes équipes, où la
19 personne qui fait la gestion de l'équipe et non pas
20 vraiment la supervision de la gestion, c'est
21 quelqu'un qui peut être même bien, peut être pas de
22 la Protection de la jeunesse, là, ça devient un
23 travail beaucoup plus difficile à vendre.

24 Q. [74] Ça augmente la charge mentale.

25 R. Pardon?

1 Q. **[75]** Qui augmente la charge mentale aussi des
2 intervenants.

3 R. Qui augmente la charge mentale, absolument, cette
4 complexité doit être respectée et comprise pour
5 qu'on puisse bien faire ce travail.

6 Q. **[76]** Mais on a aussi un défi grand public pour
7 valoriser le travail des intervenants et
8 intervenantes.

9 R. Oui, absolument.

10 Q. **[77]** Ça aussi c'est un défi. Alors je vais laisser
11 la parole maintenant à André Lebon.

12 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

13 Q. **[78]** Écoutez, je vous remercie parce que vous êtes
14 venu nous « challenger » de façon solide sur... on
15 a tous adhéré à un principe qui s'appelle audace et
16 courage, comme commissaires. Puis je pense que vous
17 êtes venu nous mettre au défi d'aller au bout de
18 cet engagement-là, en revisitant le système sur une
19 base systémique. Quand vous nous rappelez en
20 pourcentages, et la beauté de votre témoignage,
21 c'est qu'il est articulé et documenté, donc vous
22 nous donnez la substance pour appuyer nos
23 réflexions.

24 C'est quand vous nous venez avec un chiffre
25 de quatre-vingt-six pour cent (86 %) des situations

1 qui pourraient être traitées, non pas dans
2 l'urgence, mais dans un service offert, quand vous
3 nous rappelez que l'intervention, c'est
4 matricielle et non pas séquentielle.

5 Quand vous nous rappelez que la Protection
6 de la jeunesse est devenue une porte d'entrée à des
7 services qu'on n'a pas reçus. Je pourrais continuer
8 comme ça, là, chaque ligne de votre témoignage,
9 incluant le soutien aux intervenants, est une
10 démonstration qu'il faut avoir l'audace de remettre
11 en question la façon dont on travaille.

12 Puis le jour 1 de la Commission, une heure
13 avant d'être nommé vice-président, j'avais fait un
14 témoignage à la télévision pour dire que, au
15 Québec, tout était dans le « showroom », il n'y
16 avait rien dans l'inventaire.

17 Vous êtes venu le documenter d'une façon
18 extraordinaire, alors il nous appartient
19 d'inverser. Et même le « monitoring », vous avez
20 illustré que le « monitoring » est pas dans
21 l'intérêt de l'enfant ou de l'accompagnement, il
22 est tout autre.

23 Vous nous avez rappelé que ça ne se parle
24 pas entre ce qu'on a fait comme accompagnement en
25 première ligne, et ce qu'on va faire en protection

1 de la jeunesse.

2 Bref, votre témoignage là, je vais
3 l'écouter en boucle, jusqu'à temps qu'on ait le
4 courage d'écrire ce qu'il faut. Deuxième chose, il
5 y a peut-être avant Granby, après Granby, mais il y
6 a avant (inaudible), après (inaudible), pour ce qui
7 est de moi.

8 Alors maintenant, ça prend une question,
9 sinon, j'aurais pas eu droit de parole. Alors que
10 pensez-vous de mes commentaires?

11 R. Premièrement, j'adore le concept de matricielle
12 versus séquentielle, vous avez bien... c'est les
13 mots que je cherchais. Donc, merci beaucoup pour
14 l'ajout à mon vocabulaire pour expliquer cette
15 différence.

16 Je dirais peut-être quand même une chose.
17 C'est très, très difficile de comparer les systèmes
18 de protection de la jeunesse d'une province à
19 l'autre, d'une juridiction à l'autre, parce que la
20 façon de calculer les choses est très différente,
21 la description des situations est très différente,
22 les contextes sont très différents.

23 Mais je dirais de façon générale qu'étant
24 donné les données auxquelles j'ai accès, j'ai
25 néanmoins tendance à penser, à voir le système

1 québécois comme étant un des meilleurs au Canada,
2 sinon, le meilleur.

3 On a quand même des avantages énormes, on a
4 des... Mettons de côté les problèmes qu'on a par
5 rapport à un meilleur accès et à une meilleure
6 collaboration de la première et de la seconde
7 ligne, on a quand accès à des services première
8 ligne extraordinaires au Québec, auxquels, qui font
9 l'envie de beaucoup d'autres provinces et beaucoup
10 d'états et beaucoup d'autres pays.

11 Donc, on a quand même, il y a un potentiel
12 qui est extraordinaire. Le taux, par exemple, de
13 signalements au Québec est naturellement, faut
14 faire attention quand on compare les deux, par
15 exemple, pour le Québec et l'Ontario, l'Ontario
16 signale et fait des enquêtes sur quatre fois plus
17 d'enfants qu'au Québec. En revanche, le taux de
18 placements au Québec et en Ontario est à peu près
19 le même.

20 Mais l'Ontario, et ça j'en parle souvent,
21 l'Ontario a un problème très sérieux par rapport à
22 leur organisation, leur point d'entrée, où ils font
23 beaucoup trop d'enquêtes et ils ont beaucoup de
24 difficulté à réorienter leur système.

25 On a quand même, au Québec, et ce que je

1 crois, un peu dans un certain sens positif mais
2 quand même un peu triste, on avait jusqu'en deux
3 mille quatorze (2014) au Québec, un système qui a
4 été comme très, très bien développé de ce côté-là,
5 que je vois vraiment comme étant un des meilleurs
6 systèmes qu'on avait, mais qui a tout naturellement
7 des besoins de progrès.

8 Franchement, j'étais très inquiet, à
9 l'époque, de la réorganisation des services. Je
10 crois qu'il y a eu, je ne sais pas, on n'a pas de
11 donnée encore, ce serait extraordinaire de
12 réorganiser des services et de ne pas évaluer
13 l'impact de cette réorganisation, mais bon.

14 Donc, je ne peux pas vous dire si ça va
15 mieux ou moins bien. L'impression que j'ai, c'est
16 que ça va moins bien, qu'il y a eu une certaine
17 perte, mais c'est très important qu'on pense un peu
18 au futur, de se rappeler quand même qu'on a un
19 système qui est quand même bien développé. Un des
20 défis, c'est de s'assurer que les familles les plus
21 vulnérables accèdent à ce système.

22 Je prends un exemple, complètement à côté
23 dans un certain sens, mais l'accès aux services
24 petite enfance est très bien dans les services, il
25 y en a beaucoup au Québec. Mais une des choses qui

1 est intéressante, c'est que les familles qui en ont
2 besoin le plus, accèdent le moins à ces services.

3 C'est un peu le défi qu'on a, on a une
4 richesse, je sais qu'on a besoin de plus, on a
5 toujours besoin de plus, mais on a quand même une
6 certaine richesse de services, mais on a de la
7 difficulté à s'assurer que les enfants et les
8 familles qui en ont besoin le plus, sont
9 prioritaires dans ce système.

10 Et c'est là, je crois, qu'il y a une
11 opportunité pour la Protection de la jeunesse et
12 les autres organismes qui travaillent avec ces
13 familles de s'assurer que les familles les plus
14 vulnérables sont prioritaires, et c'est un peu ça
15 le défi en allant vers l'avant.

16 Je ne sais pas si ça répond, ça répond pas
17 complètement à la question, mais...

18 LA PRÉSIDENTE :

19 Q. **[79]** Je vous rappelle qu'il n'y avait pas de
20 question.

21 R. Il y a beaucoup de belles forces, voilà.

22 Q. **[80]** On continue avec Michel Rivard.

23 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

24 Q. **[81]** Merci. Lorsqu'on siège dans une commission
25 comme la nôtre, on se pense unique, mais là je vois

1 votre diapositive numéro 4, que vous en avez cité
2 quatorze (14), alors là j'ai perdu mes illusions.
3 Puisque nous aurons des recommandations au plus
4 tard au trente (30) novembre vingt vingt (2020),
5 vous avez dit que souvent, ce qui manque, c'est le
6 processus de « monitoring » des recommandations.

7 Alors, nous aurons des recommandations. Au
8 niveau du « monitoring » dans les commissions
9 d'enquête que vous avez citées ou d'autres, est-ce
10 qu'il y a un processus de « monitoring » que vous
11 avez ciblé comme efficace? J'aimerais vous entendre
12 là-dessus.

13 R. Bien, j'avais noté d'emblée que le fait que
14 l'évaluation de la Loi LPJ avait été ajoutée à la
15 loi, c'est minime, mais c'est déjà une bonne étape.
16 Mais c'est là où il y a des modèles, en
17 particulier, des modèles américains qui sont
18 particulièrement intéressants et je dirais
19 d'ailleurs l'État qui a le modèle le plus
20 intéressant pour le moment, c'est le New Jersey.

21 Ce qui s'est passé aux États-Unis, c'est un
22 système un peu différent du système des
23 commissions. C'est que dans plusieurs États,
24 l'Illinois, c'était le premier où ça s'était passé,
25 à peu près une quinzaine d'années, des organismes

1 de protection des droits des gens ont pris les
2 services de protection, les ont poursuivis en
3 justice, désolé, le terme c'est « class action
4 suit », comment est-ce qu'on dit, des actions
5 collectives aux noms des enfants ayant reçus des
6 services, en insistant que les services n'étaient
7 pas à la hauteur des besoins de ces enfants.

8 Le système américain qui est très
9 différent, mais une des conditions de ces
10 poursuites est que les États fassent un
11 « monitoring » beaucoup plus systématique et
12 puissent démontrer à la Cour que, sur une période
13 de dix (10) ans, ils ont fait des progrès sur des
14 indicateurs très spécifiques.

15 C'est d'ailleurs suite à ça que vraiment
16 les premières grandes études sur le suivi des
17 jeunes en placement s'est fait à Chicago, suite à
18 ce processus légal.

19 Au New Jersey, je suis particulièrement
20 impressionné par le système qu'ils ont mis en
21 place, ils ont un « monitoring » qui est très fin,
22 tellement fin que, un journaliste ou un membre du
23 public peut aller sur le site web pour voir
24 exactement, dans une région très spécifique, quelle
25 est la durée des placements pour les garçons, pour

1 les filles, pour les enfants de différentes
2 communautés culturelles, pour les jeunes, pour les
3 adolescents, toutes ces informations sont
4 disponibles. Quel pourcentage d'enfants finissent
5 par revenir chez eux, quel pourcentage... toutes
6 ces statistiques sont disponibles.

7 Donc, il y a une certaine transparence qui
8 pousse le système à évoluer dans la direction
9 voulue. Donc, ça vaudrait la peine de jeter un coup
10 d'oeil sur le système du New Jersey en particulier.

11 Q. **[82]** Et je sais que sur la Côte-Nord, on est allé
12 sur la Côte-Nord, puis eux autres aussi en temps
13 réel, en tout cas, ils ont les signalements. Ils
14 ont quelque chose, je pense pas, je sais pas si ça
15 s'apparente à ça, mais ils ont quelque chose quand
16 même d'assez précis. Alors, on devrait peut-être
17 s'inspirer de ça, effectivement.

18 R. Oui. Je reviendrai pour un peu, juste pour mettre
19 un bémol, pour un commentaire que j'avais fait par
20 rapport à la question de madame David. Ce genre de
21 « monitoring » est absolument essentiel, mais il
22 faut se rappeler qu'au plus, c'est un
23 « monitoring » du nombre d'enfants qui sont placés,
24 replacés, qui passent d'un lit à l'autre et ça nous
25 dit toujours très peu sur ce qui se passe pour

1 l'enfant lui-même, et c'est là où des études plus
2 poussées sont absolument essentielles. Il faut les
3 deux. Mais sans le « monitoring », sans les données
4 fondamentales, on peut pas faire grand-chose.

5 Q. **[83]** Merci beaucoup.

6 LA PRÉSIDENTE :

7 Alors, une dernière question avec Lesly Hill.

8 Mme LESLY HILL, commissaire :

9 Q. **[84]** Merci beaucoup de votre présentation et de
10 votre savoir, votre sagesse que vous partagez. Je
11 vais aller un peu plus loin sur le quatre-vingt-six
12 pour cent (86 %), quatorze pour cent (14 %), parce
13 que ça frappe l'imaginaire quand on entend qu'il y
14 a seulement quatorze pour cent (14 %) des gens
15 auraient vraiment besoin du service de protection
16 urgent, versus tous les autres qui ont besoin de
17 plus d'accompagnement et d'aide.

18 À l'inverse, et peut-être vous connaissez
19 ces données, peut-être pas, quatre-vingt-huit pour
20 cent (88 %) des ressources budgétaires du programme
21 Jeunes en difficulté sont dans les centres jeunesse
22 et seulement douze pour cent (12 %) ou douze point
23 cinq pour cent (12.5 %) dans les CLSC.

24 J'entends qu'on fait l'envie des autres
25 provinces pour nos services de protection, de

1 prévention, excusez-moi. Mais si on veut aller un
2 pas de plus, un pas plus loin dans l'accompagnement
3 et le filet social autour des familles qui vivent
4 des difficultés, est-ce que, selon vous, ça
5 prendrait une réorganisation du service ou des
6 modèles différents que nous avons présentement?

7 R. Oui, absolument, je crois qu'il y a des
8 possibilités au niveau de la réorganisation des
9 services qui pourrait aider les choses. Ceci étant
10 dit, je reviens toujours à mon commentaire
11 d'origine qui est que, il y a les défis
12 d'organisation de service, mais également il faut
13 qu'il y ait des services à organiser.

14 C'est là où, franchement, on parle d'une...
15 peut-être une douzaine, peut-être un peu plus, de
16 services pour lesquels on a des connaissances
17 vraiment bien développées par rapport à
18 l'efficacité des services.

19 Par exemple, on a des services maintenant
20 qui sont très bien développés par rapport aux
21 traumatismes liés aux abus sexuels. Là, il y a des
22 connaissances qui sont bien développées, on a
23 des... on sait qu'il y a des façons de faire qui
24 sont efficaces et d'autres qui ne le sont pas.

25 Autour de quelques questions spécifiques,

1 on a développé des services qui ont été évalués et
2 on sait qu'ils font une différence. Le problème,
3 dans un certain sens, c'est que c'est pas juste une
4 question d'organisation, mais il y a vraiment un
5 manque de connaissances et un manque de
6 développement de services qui sont vraiment
7 spécialisés pour cette population.

8 Je reviens toujours avec mon exemple de la
9 toxicomanie, parce que c'est un domaine dans lequel
10 on a des connaissances quand même très bien
11 développées sur l'efficacité des services pour
12 toxicomanes, mais les services pour toxicomanes
13 parents, vivant dans la précarité, là, on a
14 beaucoup moins de données.

15 Donc, la question c'est comment est-ce
16 qu'on peut... c'est vraiment cette approche de se
17 dire, on prend ce qu'il y a de mieux et on le
18 développe pour cette population spécifique. Donc,
19 c'est là où il y a quand même un défi très
20 important. Mais oui, il y a aucun doute qu'il y a,
21 une fois qu'on est convaincu qu'on a les services
22 nécessaires, il faut s'assurer ensuite qu'on a un
23 mécanisme qui met la priorité sur cette population.

24 C'est compliqué, c'est compliqué dans un
25 contexte organisationnel, pourquoi est-ce que

1 j'aurais priorité sur un autre, et caetera. C'est
2 des choix difficiles, mais c'est des choix
3 auxquels, avec lesquels on... des choix qui sont
4 quand même bien...

5 On essaye de bien conjuguer au niveau des
6 services de santé, c'est jamais facile, mais on
7 commence à se poser des questions sur qui a
8 priorité, comment est-ce qu'on s'assure que les
9 gens qui ont besoin d'un service de santé, comment
10 est-ce qu'on s'assure que c'est la personne qui en
11 a besoin le plus qui l'aura?

12 Au niveau des services sociaux, on n'a pas
13 vraiment développé les mêmes mécanismes, c'est
14 vraiment de... c'est à un niveau beaucoup plus
15 volontaire dans un certain sens. C'est souvent les
16 familles qui ont quelques difficultés, mais qui ont
17 suffisamment de ressources pour se rendre à un
18 club, à un groupe, à un service de support, à un
19 service de CLSC, c'est ces familles qui finissent
20 par recevoir les services de ce soutien par la
21 parenté, et caetera, mais pas nécessairement les
22 familles qui en ont le plus besoin.

23 Donc, c'est une question de trouver à
24 l'intérieur de ce système, une façon d'identifier
25 les familles qui en ont le plus besoin, et

1 d'ailleurs, ironiquement, on a déjà ce système, le
2 quatre-vingt-six pour cent (86 %), c'est eux qui en
3 le plus besoin, donc, on sait maintenant qui ils
4 sont. Et ensuite, de s'assurer que le suivi se fait
5 de façon à ce qu'on peut s'assurer que ces familles
6 auront accès prioritaire à ces services, parce que,
7 sans ces services, ce sont des situations qui vont
8 dégénérer à long terme. Donc, c'est absolument
9 essentiel qu'on les trouve.

10 Maintenant, où les positionner, ça, je
11 sais vraiment... ça va au-delà de mon expertise. Je
12 mettrais juste un petit point sur la statistique de
13 quatre-vingt-huit pour cent (88 %), il faut pas
14 oublier que dans le quatre-vingt-huit pour cent
15 (88 %), plus de la moitié de ce budget, c'est un
16 budget autour du placement des enfants qui est très
17 coûteux partout.

18 Là, également, je crois que c'est important
19 que, quand l'enfant est à placer, qu'on y mette le
20 paquet, c'est une responsabilité de ce côté-là,
21 donc, c'est pas tout à fait aussi... la différence
22 est un peu moins binaire que ça.

23 Q. **[85]** Tout à fait.

24 LA PRÉSIDENTE :

25 Q. **[86]** Merci. C'est déjà tout le moment que nous

1 avons ensemble, merci encore de vous être déplacé
2 d'une part, deux, d'avoir eu la générosité de
3 partager avec nous le résultat de votre recherche
4 et de trois, votre expertise aussi.

5 Alors de par les commentaires,
6 particulièrement de mon vice-président à ma droite,
7 vous avez vu que ça a été... vous avez vraiment
8 ouvert plusieurs portes de réflexion. Merci encore,
9 Monsieur Trocmé, de vous être déplacé.

10 R. Merci, Madame Laurent.

11 Q. **[87]** Nous reprenons à treize heures trente-cinq
12 (13 h 35). Merci.

13 SUSPENSION DE L'AUDIENCE

14 REPRISE DE L'AUDIENCE

15

16 LA PRÉSIDENTE :

17 Merci, bon après-midi. Alors nous recevons
18 maintenant docteure Anne-Marie Bureau, qui est
19 médecin de famille, directrice de la clinique au
20 Centre de pédiatrie sociale de Gatineau et
21 coprésidente de l'Alliance québécoise de la
22 pédiatrie sociale en communauté. Bienvenue,
23 Docteure Bureau.

24 Mme ANNE-MARIE BUREAU :

25 Merci.

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Et monsieur Simon Drolet, qui est coordonnateur à
3 l'Alliance. Bienvenue, Monsieur Drolet.

4 M. SIMON DROLET :

5 Merci.

6 LA PRÉSIDENTE :

7 Alors durant votre témoignage, on devrait en
8 apprendre davantage sur les actions des quarante et
9 un (41) centres de pédiatrie sociale en communauté
10 au Québec et aussi d'entendre vos propositions pour
11 améliorer les choses, comment mieux faire. Alors on
12 a une heure et demie (1 h 30) ensemble, vingt
13 minutes (20 min) maximum de présentation et ensuite
14 échange avec les commissaires. Ça va? Avant de vous
15 laisser la parole, je vais demander au greffier de
16 vous assermenter s'il vous plaît.

17

18 ALLIANCE QUÉBÉCOISE DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN
19 COMMUNAUTÉ (AQPSC)

20

21 **Dre ANNE-MARIE BUREAU,**

22 **SIMON DROLET,**

23 (Sous serment)

24

25

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Alors voilà, la parole est à vous.

3 Mme ANNE-MARIE BUREAU :

4 Merci. Madame la Présidente, Messieurs les Vice-
5 Présidents, Mesdames, Messieurs les Commissaires,
6 d'abord merci beaucoup de cette invitation. Nos
7 membres se sentent directement interpellés par les
8 objets de votre Commission. En effet, les Centres
9 de pédiatrie sociale en communauté affirment être
10 des partenaires, des grands partenaires de ce
11 réseau de la Protection de la jeunesse au Québec.
12 Ils ont donc senti le besoin de venir vous faire
13 part de leurs observations, leurs pistes de
14 réflexion leurs propositions de solution, tout ça
15 pour participer à servir mieux les enfants les plus
16 vulnérables au Québec.

17 Nos mentors, docteur Julien puis maître
18 Sioui Trudel, sont venus vous déposer toute leur
19 expertise et un mémoire qui est important. Les
20 praticiens en pédiatrie sociale d'un peu partout au
21 Québec veulent simplement ajouter leur témoignage
22 en partageant leur réalité terrain, et ce, en toute
23 humilité et ils vous disent que c'est dans une
24 posture de bienveillance envers leurs partenaires
25 qu'ils sont ici aujourd'hui. Voilà.

1 M. SIMON DROLET :

2 Donc, on vous propose, dans le fond, de diviser le

3 propos selon le plan de présentation qui vous a été

4 remis. Ce qu'on souhaiterait faire pour commencer

5 c'est d'abord faire un portrait de l'AQPC parce

6 qu'on est une jeune organisation. Donc, en bref,

7 qu'est-ce que c'est l'AQPSC. Donc l'Alliance

8 québécoise de la pédiatrie sociale en communauté

9 c'est une instance, une organisation dûment

10 incorporée au Québec, qui représente quarante et un

11 (41) membres, donc qui sont des centres de

12 pédiatrie sociale en communauté, certifiés par la

13 Fondation du docteur Julien, donc tous. Et ces

14 centres-là donc se sont rassemblés, se sont

15 constitués en assemblée générale pour se donner une

16 voix, pour se donner un organe de représentation et

17 c'est, entre autres, le rôle qu'on joue. Ces

18 membres-là, dans le fond, ça représente tout près

19 de deux cents (200) employés qui sont donc

20 embauchés par chacune de ces organisations-là,

21 chacun de ces centres-là et c'est des praticiens de

22 tous les domaines ou presque dans le domaine de la

23 santé et des services sociaux : des préposés à

24 l'accueil, des administrateurs et des

25 gestionnaires. C'est huit mille (8000) enfants

1 desservis au Québec, donc tous en situation de
2 grande vulnérabilité. Et si on parle, dans le fond,
3 du panier de services de l'Alliance, c'est axé
4 surtout sur le soutien conseil au centre, le
5 codéveloppement organisationnel, par exemple, mais
6 aussi la représentation.

7 Un mot sur notre démarche. Donc, on a
8 proposé une consultation à nos membres quand on a
9 reçu l'invitation de la Commission. Avec beaucoup
10 d'humilité, on a fait cette consultation-là qui
11 s'est déroulée, dans le fond, du quinze (15) au
12 trente (30) novembre deux mille dix-neuf (2019).
13 Consultation en ligne, mais également par
14 vidéoconférence avec des membres puisqu'on est
15 présent un peu partout au Québec, donc... on ne
16 s'est pas... n'a pas fait le tour du Québec
17 physiquement évidemment, donc plusieurs rencontres
18 téléphoniques également. On a recueilli pas mal de
19 commentaires et la première chose qui nous a
20 surpris c'est le consensus derrière certaines
21 observations. Et notre présentation va en témoigner
22 aujourd'hui. Puis je laisserais le docteur Bureau
23 vous présenter peut-être un des... des porte-
24 étendards de cette présentation-là.

25

1 Dre ANNE-MARIE BUREAU :

2 En fait, ce qui... ce qui... c'est l'autre s'il
3 vous plaît. Merci. En fait, les grands titres sont
4 issus de cette consultation-là auprès de nos
5 membres ont voulu que ce soit... qu'on se mette en
6 action.

7 Des partenariats de proximité au service
8 des enfants il y en a un peu partout. Ce qui... les
9 centres en milieu rural, les centres en milieu
10 urbain ont des grandes différences, ont des
11 difficultés qui sont différentes. Mais pour ce qui
12 était des partenariats il y a un vaste consensus et
13 c'est plaisant de constater qu'un peu partout au
14 Québec où il y a un Centre de pédiatrie social il y
15 a des petits partenariats et parfois des grands
16 partenariats qui se développent.

17 Je vous donne des petits exemples
18 rapidement, rapidement. Par exemple, que dans
19 certains... dans certains centres, certaines
20 équipes sont intégrées dans des rencontres
21 cliniques avec la DPJ, avec le programme Jeunes en
22 difficulté, par exemple. Il y en a qui ont même de
23 la formation en commun, il y en a qui ont des
24 discussions cliniques, des réunions cliniques
25 carrément. Il y a des centres où il y a même un

1 intervenant de la DPJ qui est relocalisé comme
2 étant un praticien de pédiatrie sociale. C'est vrai
3 aussi pour les équipes SIPPE, les équipes Jeunes en
4 difficulté et il y a des commissions scolaires
5 aussi, là, qui parfois délocalisent un intervenant.

6 Il y a des partenariats majeurs avec les
7 autres organismes communautaires. C'est pas ton
8 enfant ou mon enfant, c'est nos enfants à nous. Et
9 docteur Julien est venu vous dire comment c'est
10 important que ce soit... les enfants appartiennent
11 à la communauté et qu'il faut que la communauté
12 soit... soit présente pour assurer le filet de
13 sécurité. Puis l'exemple qui me venait en tête
14 quand le docteur Julien disait ça c'est : nos
15 premières années à Gatineau, c'est le propriétaire
16 de La Pataterie le lundi matin qui m'interpellait
17 pour me dire : « Il s'est passé telle chose en fin
18 de semaine. Tel enfant était impliqué, puis moi je
19 suis inquiet ». C'était pas du tout dans un esprit
20 de délation, mais dans un esprit de protection.
21 Puis ça, c'est un beau filet.

22 En clinique, évidemment, nous, on est une
23 médecine sociale intégrée, on est une médecine de
24 précision, un peu comme on fait en oncologie. Chez
25 nous, on voit en pédiatrie sociale des enfants qui

1 ont une étiquette de trouble du comportement, qui
2 ont une apparence de TDAH, qui ont des... beaucoup,
3 beaucoup de symptômes d'anxiété. Et on est une
4 médecine de précision, il faut aller forer pour
5 comprendre parce que tous ces enfants-là, la cause
6 n'est pas la même. Le résultat est le même,
7 l'apparence est la même, mais il faut aller
8 chercher exactement les causes qui font que cet
9 enfant-là arrive avec ce portrait-là. Évidemment,
10 les médecins on ne peut pas faire ça tout seul puis
11 notre duo du coeur du modèle, médecin et
12 travailleuse sociale, ne peut pas faire ça tout
13 seul. Il faut que nos partenaires se déplacent puis
14 viennent partager avec nous. Donc, les partenaires
15 des différents réseaux, santé et services sociaux,
16 les écoles, les équipes spécialisées en
17 développement, les équipes de réadaptation et, bien
18 sûr, le secteur de la protection de la jeunesse.
19 Puis c'est ensemble qu'on peut arriver à comprendre
20 mieux, ouvrir d'autres pistes où on peut aller
21 chercher des diagnostics beaucoup plus précis et
22 évidemment avoir un plan d'action beaucoup plus
23 efficace.

24 Quand on fait notre plan d'action, notre
25 plan d'action évidemment, il est co-construit avec

1 tout le monde autour de la table, puis là on va
2 aller chercher d'autres acteurs. Et souvent, les
3 équipes d'aide juridique vont devenir aussi nos
4 partenaires pour implanter un plan d'action
5 dépendant des problématiques. Parfois, bien il faut
6 que, nous, on se déplace vers nos partenaires parce
7 qu'il y a une problématique. Je donne un exemple,
8 là, si... si j'ai une adolescente qui est sur le
9 point de se faire mettre dehors de l'école parce
10 que, bon, elle a un taux d'absentéisme d'environ
11 cinquante pour cent (50 %), bien moi, je le sais
12 que la lunette de l'école : c'est une adolescente
13 qui n'est pas motivée, qui est capricieuse, elle a
14 toutes sortes de petites revendications, là. Et en
15 plus, elle est un peu délinquante. Alors ça, c'est
16 le portrait que l'école a.

17 Chez nous, on la connaît depuis dix (10)
18 ans. Je sais très bien que c'est une enfant qui a
19 eu des traumatismes complexes dont vous avez entendu
20 parler par Delphine Colin Vézina. Des traumatismes
21 complexes, un syndrome post-traumatique, un
22 attachement insécurisé, puis actuellement tout ça
23 refait surface.

24 Alors si, moi, je ne partage pas ça à
25 l'école, comment l'école peut s'adapter? Alors on

1 peut bien les pointer du doigt, mais il faut les
2 aider aussi. Et quand on s'assoit tout le monde
3 ensemble puis qu'on se partage ça, bien tout d'un
4 coup pour l'école ça devient une enfant qui est
5 beaucoup plus facile à aider et ils sont prêts à
6 s'assouplir pour certaines choses.

7 Alors ça, c'est nos exemples de
8 partenariat. Je pense que si on veut... l'autre
9 avant... Donc, si on veut avoir des partenariats
10 qui... il faut mettre les conditions gagnantes, là.
11 Ça veut dire qu'il faut apprendre à se connaître.
12 Vous seriez étonnés que les résidents en médecine
13 au Québec ne connaissent pas le réseau des
14 organismes communautaires, c'est la proximité. Ils
15 sont bien seuls quand ils sont pris avec des
16 difficultés chez des enfants. Donc, une bonne
17 connaissance.

18 Avoir une confiance mutuelle, être
19 convaincu que mon interlocuteur, qu'il soit de
20 n'importe quel réseau, il est professionnel et il
21 est compétent. Le partage des informations
22 pertinentes. Il faut arriver, comme je dis, à avoir
23 une vision commune d'une situation un enfant à la
24 fois, mais parfois une problématique à la fois. Et,
25 bien sûr, un soutien organisationnel concret. Ça

1 prend des conditions, il faut avoir du temps pour
2 échanger. Quand on porte ensemble, on porte moins
3 lourd. Je pense... bon, tu peux y aller.

4 M. SIMON DROLET :

5 Bien s'il y a quelque chose qui sortait au niveau
6 des partenariats c'est aussi l'idée que chacun des
7 partenaires en milieu communautaire, entre autres,
8 mais aussi pour les Centres de pédiatrie sociale,
9 ce qui ressortait dans chacune des consultations
10 qu'on a menées auprès de nos membres, tous les
11 membres ont pris la peine de dire : si on revoit
12 notre façon d'aborder la protection de la jeunesse
13 au Québec, ça ne se fera pas si on n'aura pas des
14 services de proximité réinvesti, des services de
15 proximité très forts. Puis c'est étonnant à quel
16 point ça rejoignait le consensus de ce qui vous a
17 été présenté ici depuis le début des travaux de la
18 Commission, de ce qu'on en a compris. Et c'est
19 d'ailleurs le thème principal de ce qu'on aimerait
20 vous transmettre aujourd'hui. Il n'y aura pas de
21 protection de la jeunesse efficace sans une
22 proximité forte, puissante et diligente.

23 Au niveau des... pour soutenir les
24 relations partenariales, on vous en mis quelques
25 conditions gagnantes, mais il y a aussi les

1 occasions d'apprendre à se connaître et à se faire
2 confiance mutuellement entre les différents
3 réseaux. Et ça exige, dans le fond, un soutien
4 peut-être plus intensif, notamment de la formation.

5 Dr ANNE-MARIE BUREAU :

6 Hum, hum. Donc, c'est sûr que si on ne connaît pas
7 les mêmes choses c'est difficile d'arriver à une
8 vision commune. Donc, assurer des formations qui
9 soient intersectorielles, puis qui soient bien
10 intégrées sur des notions plus récentes dans les
11 données probantes et qui sont des leviers
12 d'intervention formidables, dont les trauma
13 complexes, etc. et bien d'autres. Et du
14 codéveloppement. On peut rêver d'arriver là, de
15 créer des espaces de confiance mutuelle où on est
16 capable d'aller se déposer comme intervenant et de
17 développer ce langage commun-là, qu'on a à
18 développer pour mieux servir les enfants. Dans
19 certaines régions ça commence un petit peu, alors
20 il y a de l'espoir.

21 Notre thème principal évidemment, qui est
22 réinvestir dans la proximité. Il faut absolument,
23 absolument amener l'expertise dans la communauté.
24 Bonifier le financement des réseaux de proximité,
25 ça veut dire les équipes de CLSC, les organismes,

1 les réseaux du monde communautaire. Il va falloir
2 financer la mission, arrêter de financer simplement
3 des projets. On étouffe. Évidemment, les services
4 de garde éducatifs, les écoles et ça va être
5 important aussi de délocaliser certains services
6 spécialisés aux enfants.

7 Quand on est en proximité puis qu'on
8 atteint notre limite ou qu'on a besoin d'une
9 lunette spécialisée, bien on tend la main vers le
10 partenaire, qui est l'équipe spécialisée. Mais si
11 l'équipe spécialisée ne tend pas la main, il y a un
12 enfant qui tombe entre nous deux. Il y a des
13 parents pour qui c'est difficile, voire impossible,
14 pour toutes sortes de raisons, de se présenter dans
15 une clinique de développement, dans une clinique de
16 santé mentale. Et ces enfants-là, on les échappe
17 parce qu'on n'est pas capable de délocaliser
18 l'expertise. C'est une condition qui est
19 importante. De même qu'on va devoir délocaliser
20 certains services spécialisés pour les parents,
21 entre autres santé mentale, dépendance. Si on ne
22 fait pas ça, on n'y arrivera juste pas.

23 Et pour finir sur une petite note d'espoir,
24 dans plusieurs régions, dans plusieurs centres de
25 pédiatrie sociale au Québec on est en train de

1 développer une pratique de périnatalité sociale,
2 donc pour intervenir encore plus tôt et accompagner
3 nos futurs parents qui ont des vécus difficiles de
4 belle façon, pour qu'on puisse partir gagnant à la
5 naissance de ce bébé-là.

6 M. SIMON DROLET :

7 Un autre des éléments communs qui nous ont été
8 rapportés par les membres également dans le thème
9 de réinvestir dans la proximité, c'était l'idée que
10 chacun des centres, avec leur partenariat, vivent
11 une réalité où la porte d'entrée est multiple, où
12 pour les enfants en situation de vulnérabilité, la
13 porte d'entrée peut être un service de proximité,
14 où l'autre et souvent c'est un mode d'organisation
15 des services qui peut déstabiliser l'organisation
16 traditionnelle des services.

17 Donc, pour la population en général, par
18 exemple, un guichet unique ça peut très bien faire
19 l'affaire. Donc, pour un milieu qui est tout à
20 fait... qui est bien nanti, qui est organisé, qui
21 peut accéder à des services via un guichet unique,
22 ça peut faire l'affaire. Malgré qu'il peut y avoir
23 des défis là aussi, mais ça peut fonctionner. Pour
24 des enfants en grande vulnérabilité, les
25 initiatives qui fonctionnent le mieux en

1 concertation réalisent que la porte d'entrée est
2 multiple et on reçoit nos demandes de service d'un
3 peu partout. Et il faut être capable de tolérer ça
4 collectivement. Non seulement le tolérer, mais le
5 célébrer, d'une certaine manière, donc accueillir
6 ça. Ça jette la responsabilité sur les épaules
7 maintenant des organisations, des organismes qui
8 doivent se concerter encore plus fort pour éviter
9 qu'on en échappe, vu que ça peut venir de
10 différentes sources. Mais c'est un devoir qu'on a
11 l'air à vouloir se donner de plus en plus au Québec
12 et il serait intéressant, effectivement, de le
13 faire collectivement, public et communautaire et
14 pour l'ensemble des réseaux. Voilà.

15 Dr ANNE-MARIE BUREAU :

16 Évidemment, je pense qu'on a le devoir d'assurer un
17 meilleur leadership, puis les Centres de pédiatrie
18 sociale au Québec ont le goût de participer à ça.
19 Donc, de mobiliser les réseaux, c'est un prérequis
20 à la collaboration. Il y a des exemples un peu
21 partout au Québec d'entités de concertations qui
22 sont des modèles, puis dans une région ils ont même
23 fusionné une table d'intervenants terrain avec une
24 table de politiciens et de gens d'affaires pour
25 créer leur table de développement social, qui a une

1 entité juridique et qui doit rendre des comptes à
2 la MRC. Ils travaillent en chantier et ils ont fait
3 des... ils font des priorités, puis on fonce. Donc,
4 entre autres, le Centre de pédiatrie sociale de
5 cette région-là est né comme ça, mais ils ont
6 implanté un programme d'orthophonie communautaire
7 tout de suite après le dépôt de L'EQDEM - l'Enquête
8 québécoise sur le développement des enfants à la
9 maternelle - tout de suite après le rapport de deux
10 mille douze (2012), qui était une catastrophe dans
11 cette sous-région-là, et cet indicateur-là, dans la
12 dernière enquête, s'est amélioré suite... en tout
13 cas c'est peut-être un hasard, mais c'est quand
14 même le seul indicateur qui s'est amélioré. Donc,
15 il y a moyen de mobiliser des réseaux de façon
16 très, très, très active.

17 Il y a des concertations qui sont
18 existantes et on doit les soutenir, les bonifier et
19 non pas essayer de recommencer à zéro. Travaillons
20 avec ce qu'on a pour commencer. Il faut aussi
21 renforcer l'effort de prévention. C'est sûr qu'on
22 ne changera rien dans un système si on ne fait pas
23 de prévention. Ce qui est en train d'arriver aux
24 enfants les plus vulnérables, quand on parle de
25 trente pour cent (30 %) des enfants qui arrivent à

1 l'école et puis qui ne sont pas prêts, quand on
2 parle d'un pourcentage élevé d'enfants qui ont des
3 traumas complexes, on ne peut pas tolérer ça. J'ai
4 entendu le docteur Jean Labbé venir vous dire : si
5 c'était un virus, ça fait longtemps qu'on s'en
6 serait occupé. C'est un peu comme ça qu'on voit ça.

7 Ensuite de ça, il faut rendre légitime de
8 nouveau la voix des enfants et la voix de leurs
9 parents. C'est des valeurs collectives qu'on doit
10 remettre au coeur de nos communautés. Et docteur
11 Julien évidemment vous a parlé de développer le
12 réflexe enfant partout, en tout temps, que ce soit
13 dans nos organisations, que ce soit au niveau
14 politique, à chaque fois qu'on prend une décision
15 qui concerne il faut absolument qu'on pose la
16 question : est-ce que ceci a un impact sur les
17 enfants? Et si oui, quel est-il? Et que ce enfant-
18 là soit au coeur de toutes les décisions qu'on
19 prend.

20 Je pense, moi, que c'est comme ça qu'on va
21 arriver à participer à cette espèce de synergie-là
22 pour réussir les enfants. C'est ce qu'on vous
23 dépose bien humblement. Je ne sais pas si tu
24 voulais rajouter.

25

1 M. SIMON DROLET :

2 Un dernier élément avant de passer peut-être à la
3 prochaine étape. La plupart des centres nous
4 rapportent... nous décrivent leur partenariat dans
5 leur communauté, puis souvent c'est des
6 partenariats qui sont très diversifiés. On a des
7 centres qui ont des relations très étroites avec
8 des écoles, il y a des centres qui ont des
9 relations très étroites avec des CPE. Dans d'autres
10 occasions, ça va être avec des organismes
11 communautaires famille. Il y a des centres qui ont
12 eu la brillante idée d'intégrer l'ensemble de
13 l'oeuvre, donc l'ensemble de ces partenaires-là.

14 Ce qui nous a été rapporté c'est que
15 souvent ce partenariat-là se fait parce que les
16 personnes qui sont en place ont des affinités avec
17 des partenaires de leur communauté ou l'autre.
18 Maintenant, un leadership collectif ce serait peut-
19 être d'induire plus... avec plus d'insistance
20 l'importance de nourrir l'ensemble de ces
21 partenariats-là. Par exemple, pour ce qui concerne
22 les objets de la Commission, ça tombe sous le sens
23 qu'entre la communauté juridique du Québec et la
24 communauté communautaire des soins services de
25 santé et services sociaux, qu'on bonifie cette

1 relation-là dans les deux sens, qu'on se connaisse
2 mieux, qu'il y ait une confiance mutuelle qui soit
3 développée. Parce que quand vient le temps de
4 prendre une décision à la Cour, évidemment ça pèse
5 lourd dans la vie de cet enfant-là. Et ce transfert
6 d'informations-là entre ces réseaux-là que sont les
7 réseaux juridiques et de santé et services sociaux
8 mériterait d'être peut-être nourri et bonifié. Ça
9 prend évidemment des ressources pour le faire.
10 Quand on pense qu'il y a un jugement déclaratoire
11 au Québec qui fait que cent pour cent (100 %) des
12 enfants sont représentés par l'aide juridique. O.K.
13 Donc, les enfants... on entend les enfants qui
14 doivent être représentés dans des contextes de
15 protection de la jeunesse, etc., donc on a un
16 partenaire de choix là. Et les Centres de pédiatrie
17 sociale se sont rapprochés beaucoup de leurs
18 services d'aide juridique dans différentes régions
19 du Québec et c'est un... c'est un mariage heureux.
20 C'est quelque chose qui est intéressant à noter.

21 Quand on parlait de développer le réflexe
22 enfant, tous les partenaires nous l'ont nommé, ce
23 serait l'fun qu'à toutes les étapes des grandes
24 décisions qui se prennent dans notre société, qu'on
25 développe ça. Et si on a des élections à date fixe

1 au Québec, serait l'fun d'avoir une réflexion à
2 date fixe sur l'enfance au Québec. Sans que ce soit
3 une commission à chaque fois, là, mais qu'on ait un
4 grand rendez-vous de l'enfance au Québec de façon
5 cyclique, ça pourrait être... ça pourrait être
6 intéressant.

7 LA PRÉSIDENTE :

8 Ça complète votre présentation?

9 Dre ANNE-MARIE BUREAU :

10 Oui.

11 LA PRÉSIDENTE :

12 Merci. Alors on va débiter la période d'échange
13 avec Lesly Hill.

14 Mme LESLY HILL, commissaire :

15 Q. **[88]** Alors merci beaucoup de votre présentation. On
16 a une belle journée parce qu'on parle beaucoup de
17 prévention depuis ce matin. Vous avez parlé de
18 l'importance d'augmenter les services de proximité
19 au Québec, puis vous avez quand même cité plusieurs
20 exemples. Pouvez-vous aller un peu plus loin? C'est
21 quoi que vous voyez comme lacunes ou comme déficit
22 en ce qui concerne l'offre de services autant pour
23 les petits que les parents?

24 Dre ANNE-MARIE BUREAU :

25 R. Au niveau de la proximité, c'est sûr que si... moi,

1 je considère que la proximité... ce qu'on dépose
2 ici, c'est que la proximité c'est à la fois le
3 réseau communautaire, mais à la fois la partie
4 communautaire de nos CISSS et de nos CIUSSS. Donc,
5 ces équipes-là ne sont pas aussi bien dotées, je
6 dirais, qu'elles l'ont déjà été. Évidemment, dans
7 nos... dans nos services de proximité en CISSS et
8 en CIUSSS ce ne sont pas des budgets protégés,
9 n'est-ce pas? Donc, quand il y a des remaniements,
10 des... des changements, des... toutes sortes de
11 réformes, c'est beaucoup là que les équipes sont
12 soit mobilisées ailleurs, soit transférées, soit...
13 Donc, les équipes terrain en proximité dans les
14 CLSC étaient mieux dotées il y a plusieurs années
15 qu'elles le sont maintenant. Puis je pense que ça
16 mériterait... t'sais, dans certains CISSS et
17 CIUSSS, le temps d'attente pour voir un
18 psychoéducateur en Jeunes en difficulté dépasse
19 l'année. C'est pas étonnant qu'on se rende à des
20 signalements dans ces conditions-là. Puis entendez
21 pas de jugement dans ce je dis, je... je les
22 considère vraiment comme des partenaires, mais
23 c'est clair que ce réseau-là n'y arrive pas tout
24 seul, il va falloir réinvestir. On ne peut pas...
25 quand j'ai commencé à pratiquer en mil neuf cent

1 quatre-vingt-sept (1987), on commençait à nous dire
2 qu'il fallait faire mieux avec moins. On est rendu
3 en deux mille dix-neuf (2019), on a moins, moins,
4 là.

5 Donc, il... je pense qu'il va falloir aussi
6 considérer que pour nos enfants il vaille la peine
7 qu'on fasse des réinvestissements et peut-être
8 qu'on protège des budgets. Le réseau communautaire
9 aussi est un peu à bout de souffle dans certains
10 cas puis prend tellement d'énergie à faire du
11 financement, puis c'est fragile, fragile, fragile,
12 là. Tu perds un donateur, puis il y a un service
13 qui s'écroule.

14 Donc, on a fragilisé... ou en tout cas je
15 constate que la proximité pour les enfants c'est
16 quelque chose qui est fragile et qu'il va falloir
17 réinvestir en argent puis en reconnaissance aussi,
18 là, en personnel. Puis faire de ça une priorité.
19 Ils sont là les enfants. Si on ne réinvestit pas en
20 proximité, on n'y arrivera pas en services
21 spécialisés. Dans dix (10) ans, si on... si on ne
22 fait que réinvestir, je pense, en services
23 spécialisés, dans dix (10) ans on va être assis
24 autour de la table, on va faire les mêmes constats.
25 Tout le monde va être débordé. Donc, il faut être

1 créatif et jouer ça en partenariat.

2 Q. **[89]** Puis pour les services communautaires, je vous
3 ai bien entendue dire qu'il faut financer la
4 mission et non par projet.

5 R. En tout cas, c'est le consensus qui se dégage au
6 niveau communautaire parce que c'est exigeant de
7 faire du financement par projet. Qu'on en fasse...
8 t'sais, tout n'est pas blanc et noir, mais c'est
9 clair qu'il faut un financement à la mission, sinon
10 les... c'est dommage de voir des services dans des
11 organismes communautaires qui ferment, des
12 organismes communautaires qui ferment l'été. Des
13 organismes famille qui ferment l'été, faute de
14 moyens. C'est là qu'ils sont, les enfants. Ils
15 n'ont rien à faire, l'été. Il faut être là. Il
16 faut... il faut réfléchir le financement, oui.

17 M. SIMON DROLET :

18 R. C'est intéressant la question des... votre question
19 est intéressante dans la mesure où la proximité, ça
20 va dans deux sens. Donc, on peut... pour développer
21 de la proximité, on peut développer ce qu'on
22 appelle le démarchage, le « reaching out », bon,
23 aller vers les familles, mais on peut également
24 aussi se montrer accueillants. Et ça, ça exige une
25 réflexion en profondeur sur notre manière

1 d'accueillir, puis une réflexion en profondeur sur
2 les barrières à l'accessibilité aussi.

3 Q. [90] Hum, hum.

4 R. Souvent, il y a des membres qui nous témoignent des
5 fois des difficultés que certaines familles peuvent
6 vivre, des barrières à l'accessibilité de nature
7 administrative, qui existent encore, et qui sont
8 très, très handicapantes pour plusieurs familles et
9 donc pour leurs enfants. Et ces barrières-là, on
10 les connaît de mieux en mieux au Québec. Il y a des
11 recherches qui se sont faites là-dessus, qu'on ne
12 citera pas exhaustivement aujourd'hui, mais qui
13 existent bel et bien. Et j'ai l'impression que le
14 milieu communautaire et certainement les centres de
15 pédiatrie sociale, ça peut être un partenaire de
16 choix pour réfléchir aux moyens d'abattre ces
17 barrières à l'accessibilité-là.

18 On a une pensée spéciale pour les enfants
19 au statut particulier au niveau de l'immigration,
20 par exemple, qui n'ont visiblement pas accès aux
21 mêmes services que les autres au Québec. Et quand
22 on nomme les barrières à l'accessibilité chez ces
23 enfants-là, on peut aussi extrapoler puis voir que
24 l'ensemble des enfants au Québec sont confrontés à
25 des barrières administratives, ne serait-ce que

1 pour le coût d'un permis ou le coût d'un document.
2 Ce serait intéressant qu'il y ait des intervenants
3 désignés dans la communauté, qui puissent avoir la
4 discrétion de lever ces barrières-là de manière
5 rapide et diligente. Parce que ces familles-là,
6 souvent quand elles se présentent au réseau, c'est
7 urgent. Il faut intervenir rapidement. Donc, ça
8 c'était pour ce volet-là.

9 Pour le financement par projet, je me...
10 juste une petite note rapide, mais le financement
11 par projet c'est intéressant dans la mesure où on
12 fait descendre une volonté collective et on dit :
13 là, au Québec, il y a une priorité. Ça, on finance
14 ces projets-là. Et là, on fait des appels de projet
15 et on finance par projet. Il y a une vertu à ça,
16 dans le sens que ça oriente un peu les actions des
17 organisations dans la communauté. Une des choses
18 qu'on soutenait, là, dernièrement c'est que par le
19 codéveloppement, la formation en commun entre les
20 réseaux, on peut établir aussi des priorités de
21 cette manière-là, ce qui fait qu'en accroissant le
22 financement à la mission et en accroissant les
23 occasions de formation et de codéveloppement, on
24 arriverait au même objectif. Mais on donnerait la
25 discrétion aux organismes d'arranger leurs choses

1 et de souffler un peu au niveau de la mission.
2 Donc, le financement par mission ça ne veut pas
3 dire qu'on manque de priorité parce que quand on
4 finance par projet c'est souvent le signe qu'il y a
5 une priorité. La priorité, on peut se la donner
6 collectivement, mais par des moyens autres, comme
7 le codéveloppement et la formation. Ce serait peut-
8 être une façon d'y réfléchir aussi, oui.

9 Q. [91] Je vais vous amener ailleurs. O.K. La
10 confidentialité. On entend parler de ça comme
11 obstacle majeur à la concertation depuis le début
12 de cette aventure. Avez-vous des commentaires à cet
13 effet?

14 Dre ANNE-MARIE BUREAU :

15 R. Je pense qu'il faut pouvoir partager les
16 informations qui sont pertinentes. Est-ce qu'il
17 faut toujours tout dire? Je ne crois pas. Maître
18 Sioui Trudel dit toujours que les informations
19 appartiennent à l'enfant, appartiennent à sa
20 famille. Donc, si la confidentialité devient une
21 barrière pour donner un service à un enfant, ça n'a
22 pas de sens, ça a juste pas d'allure, là. Il va
23 fa... puis je ne suis pas... moi, j'ai pas de... je
24 ne suis pas avocate, c'est pas moi qui va parler de
25 la Loi, mais c'est vrai que dans certaines

1 situations, si on ne peut pas partager des
2 informations pertinentes, on a des enfants qui
3 n'ont pas de services, là.

4 Q. [92] Puis au niveau... dernière petite question. Au
5 niveau du soutien aux parents, on a beaucoup de
6 personnes qui sont venues nous parler du fait que
7 la grande partie des parents qui sont signalés,
8 puis souvent les signalements ne sont pas retenus
9 ou après évaluation il y a des fermetures, on nous
10 signale que c'est des gens qui auraient davantage
11 besoin d'accompagnement au long cours et de soutien
12 social, assorti de d'autres mesures évidemment, là,
13 logement, transport en commun, etc. Comment les
14 Centres de pédiatrie sociale peuvent s'inscrire
15 dans un mouvement de soutien aux parents?

16 R. Je vous répondrais ce qu'une maman a répondu à un
17 journaliste chez nous, qui a dit : « Ici, ils ont
18 compris que si les parents vont mieux, les enfants
19 vont mieux, puis si les enfants vont mieux, les
20 parents vont mieux ». Puis c'est... ça me faisait
21 rire, je me disais, bon, tout est dans tout, mais
22 en fait c'est un peu ça. Et en pédiatrie sociale,
23 c'est sûr que notre mission c'est celle de réussir
24 les enfants, mais on ne peut pas faire ça si on
25 n'accompagne pas les parents. Nos intervenants,

1 dans leur quotidien, font beaucoup d'accompagnement
2 de parents vers différentes ressources en logement,
3 dans les banques alimentaires, dans les services de
4 santé et les services sociaux.

5 Ce qu'il faut arriver à faire, c'est
6 inverser un peu la vapeur et permettre que, comme
7 je disais, que les services se rendent dans les
8 centres de pédiatrie sociale davantage pour que les
9 parents puissent venir à la maison et recevoir des
10 services et non pas s'essouffler à essayer d'aller
11 chercher tous les services. Mais il est clair qu'on
12 a une mission... on ne peut pas faire fi de
13 l'accompagnement des parents et ça fait partie du
14 quotidien de nos intervenantes, ça c'est sûr, à
15 tous les niveaux.

16 M. SIMON DROLET :

17 R. Un des... une des composantes du modèle de docteur
18 Julien c'est le A du modèle APCA, qui est
19 l'apprivoisement. Et on a souvent le plaidoyer pour
20 un système de santé et services sociaux et de
21 proximité qui prend le temps d'apprivoiser ces
22 parents-là et qui se le donne. C'est long
23 apprivoiser. Le docteur bureau aurait probablement
24 des exemples en très grand nombre de parents qui
25 prennent des fois des semaines et des mois à

1 apprivoiser...

2 Dr ANNE-MARIE BUREAU :

3 Des années.

4 M. SIMON DROLET :

5 ... dans certains cas, des années, c'est ça. Et ça
6 prend un système capable de tolérer cette latence
7 d'apprivoisement-là. Évidemment, il faut que les
8 enfants soient en sécurité entre-temps, mais il y a
9 trop de péril à l'idée de ne pas se donner le temps
10 d'apprivoiser les parents. Et souvent, on a des...
11 des institutions, des systèmes, même dans le réseau
12 communautaire des fois qui sont plus pressés, et ça
13 c'est au détriment d'un lien qui est salutaire et
14 qui sauverait énormément de temps en intervention
15 auprès des enfants.

16 Q. **[93]** Merci.

17 LA PRÉSIDENTE :

18 Merci, on va poursuivre avec Jean-Marc Potvin.

19 M. JEAN-MARC POTVIN, commissaire :

20 Q. **[94]** Alors bonjour. Merci beaucoup de nous
21 témoigner de votre expérience puis de... de votre
22 enthousiasme pour les enfants. Je vais revenir un
23 peu sur la question du financement, mais dans votre
24 PowerPoint, là, il y a quelque chose qui m'a
25 frappé. Vous dites que :

1 La première étape d'une politique
2 gouvernementale pour renforcer le
3 système de protection de la jeunesse
4 devrait donc être le renforcement et
5 le financement adéquat de tous les
6 réseaux qui agissent en amont.

7 De « tous les réseaux ». Vous l'avez mentionné,
8 enfin on parle du secteur communautaire, on parle
9 de la première ligne santé et services sociaux, on
10 parle peut-être aussi des services complémentaires
11 en milieu scolaire, en fait tous ceux qui peuvent
12 contribuer à constituer un filet autour des enfants
13 et des familles, puis pour soutenir le
14 développement des enfants.

15 Vous avez mentionné... vous avez parlé
16 aussi beaucoup de la concertation, puis vous
17 décrivez vraiment les conditions gagnantes de la
18 concertation. Puis si on ne fait pas ça, on sait
19 que ça ne marche pas, la concertation. Les gens
20 travaillent en silo, ça fait longtemps qu'on le
21 dit. Mais ça coûte cher aussi, la concertation. Ce
22 que vous décrivez là, « apprivoiser les parents,
23 prendre le temps », ça suppose que des médecins
24 aussi sortent de leur cadre... du cadre
25 traditionnel de leur pratique, ça suppose que

1 chacun accepte d'investir en concertation. Ça fait
2 qu'au total, là, si on veut généraliser ça, la
3 facture est assez importante. Ça fait que ma
4 question c'est : comment convaincre la population,
5 les autorités de l'importance de faire ça pour les
6 enfants? Puis peut-être que vous avez des exemples
7 concrets de bonnes pratiques où ça a marché puis ça
8 a donné des résultats. Peut-être que vous avez des
9 exemples, a contrario, qui... où les conditions
10 n'étaient pas rencontrées puis qu'il y a des
11 conséquences aussi néfastes, là, pour les enfants
12 et les familles.

13 Dre ANNE-MARIE BUREAU :

14 R. Il y a probablement... il y a un investissement
15 initial, mais on gagne du temps aussi quand on
16 travaille mieux, puis quand on travaille mieux
17 ensemble. Un enfant dans un Centre de pédiatrie
18 sociale, il ne coûte pas si cher que ça. C'est pas
19 vrai que ça coûte beaucoup plus cher. Les enfants
20 chez nous... au départ, prendre le temps
21 d'apprivoiser, mais c'est créer cet espace
22 sécuritaire-là.

23 Moi, j'ai une pratique médicale puis les
24 autres médecins en pédiatrie sociale aussi. Quand
25 je forme des résidents, ils sont toujours un peu

1 surpris qu'on ne passe pas deux heures (2 h) avec
2 une famille, là. On a l'impression, là, t'sais, que
3 c'est comme interminable. C'est pas vrai, on a une
4 pratique qui est très efficiente. Mais c'est clair
5 que si on n'investit pas, si on n'accepte pas, par
6 exemple, que la travailleuse sociale chez nous soit
7 libérée une demie journée pour participer à un
8 chantier de redéfinition des... des soins et des
9 services Jeunes en difficulté et santé mentale des
10 jeunes. Mais si on ne participe pas à ça, on vient
11 de rater une belle occasion de travailler ensemble
12 et de faire entendre nos voix. Donc, c'est sûr que
13 ça va prendre un petit peu plus de temps, mais au
14 final c'est plus payant. Puis moi, je pense que si
15 on réinvestit beaucoup dans les services de
16 proximité, puis oui, les écoles c'est un milieu de
17 vie pour les enfants, mais on va peut-être trouver
18 que ça nous coûte moins cher en services
19 spécialisés à un moment donné. C'est ça, la
20 prévention.

21 Mais on ne peut pas... il faut avoir une
22 vue à plus long terme, ça c'est clair. C'est sûr
23 que, an un, ça va coûter plus cher. Mais au bout de
24 la ligne, si on fabrique des plus enfants puis des
25 enfants plus forts, plus solides, on va payer moins

1 de DPJ puis on va payer moins de santé mentale des
2 jeunes, puis on va payer moins de diabétologues,
3 puis on va... parce que les impacts de ne pas faire
4 ça coûtent beaucoup plus chers. Parce que les
5 enfants qui subissent puis... des traumas
6 complexes, qui vivent des situations difficiles,
7 gardent des séquelles pas juste au niveau de leur
8 développement, mais au niveau de leur santé mentale
9 et de leur santé physique jusqu'à l'âge adulte. Ça
10 fait qu'il faut regar... on n'a pas tellement les
11 moyens non plus, de ne pas le faire.

12 Q. **[95]** Donc, c'est ça. Il y a un retour sur
13 l'investissement...

14 R. Absolument.

15 Q. **[96]** ... en quelque sorte, puis là c'est un peu...
16 l'enjeu c'est un peu comme de renverser la roue, de
17 commencer au bon moment pour prévenir, après ça,
18 que les enfants se détériorent ou que les familles
19 se détériorent...

20 R. Oui.

21 Q. **[97]** ... c'est davantage de coûts dans le système.

22 R. Oui.

23 Q. **[98]** Avez-vous des exemples, par exemple, de
24 situations où ces conditions-là que vous décrivez,
25 ont été réunies puis que l'enfant, sa famille, ont

1 été vraiment au coeur des décisions puis que ça a
2 pu avoir un impact sur leurs trajectoires, par
3 exemple?

4 R. Oui, il y a dans chacun des centres au quotidien,
5 je vous dirais, puis c'est difficile, moi, je suis
6 ici à titre de présidente, de coprésidente de
7 l'Alliance, mais je sais que mon jupon de
8 directrice clinique de Gatineau dépasse un petit
9 peu puis ce n'est pas facile pour moi de prendre
10 des exemples qui ne sont pas de Gatineau, vous
11 allez m'excuser puis je vais demander à nos membres
12 de m'excuser là, mais effectivement, quand on
13 parle, c'est dans notre quotidien.

14 Quand, par exemple, une facile, un enfant
15 est en première année et elle bouge, elle n'écoute
16 pas, elle lance sa chaise, elle a poignardé son
17 prof, bon, ça fait que là, l'hypothèse clinique,
18 c'est qu'elle a un trouble du comportement puis
19 probablement un TDAH parce que son frère et sa
20 soeur en ont, d'accord. Quand on se met à fouiller
21 davantage puis qu'on invite nos partenaires puis
22 qu'on accepte de, réellement de voir cet enfant-là
23 à travers leurs lunettes aussi, on se rend compte
24 qu'il y a d'autres petites affaires qui clochent au
25 niveau du langage, au niveau, dans toutes sortes

1 d'autres et on est parti sur une hypothèse qui
2 était complètement différente que le trouble du
3 comportement puis le TDAH et au final, cet enfant-
4 là va avoir des services spécialisés qui sont très
5 appropriés à sa situation, on aurait fait fausse
6 route autrement. Si je ne l'avais pas vu avec tous
7 les partenaires, on aurait fait fausse route puis
8 cet enfant-là aurait fini avec probablement une
9 médication inappropriée.

10 Alors, c'est vraiment, c'est important puis
11 tu sais, moi, je suis reconnaissante quand nos
12 partenaires acceptent de venir, que ce soit les
13 équipes de réadaptation, les équipes scolaires, ça
14 prend du temps, là, il y a des écoles qui
15 remplacent les enseignantes pour qu'elles viennent
16 s'asseoir à table avec nous autres, pour vraiment
17 essayer de, vraiment faire cette précision-là de
18 regarder, mais qu'est-ce qui va puis qu'est-ce qui
19 ne va pas puis où sont les forces puis qu'est-ce
20 qu'on bâtit à partir de là.

21 Q. [99] Donc, c'est vraiment l'accent sur le travail
22 d'équipe, sur la collaboration...

23 R. Oui.

24 Q. [100] ... sur la mise en commun des lectures...

25 R. Vraiment...

1 Q. **[101]** ... qui fait la différence?

2 R. ... en intersectorialité, c'est que c'est vraiment
3 ça parce qu'on a chacun notre lunette. La
4 Protection de la jeunesse a une lunette de
5 protection de la jeunesse puis moi, j'ai une
6 lunette de docteur en pédiatrie sociale puis je
7 n'ai pas tout à fait la même lunette que ma
8 travailleuse sociale, que ma psycho... pas la même
9 lunette que l'école. Donc, si je n'ai pas les
10 autres visions, je n'y arriverai pas, on n'arrivera
11 pas à faire cette médecine de précision dont je
12 vous parlais pour expliquer précisément chez cet
13 enfant-là, qu'est-ce qui fait qu'il a l'air de ça
14 puis comment on peut l'aider concrètement puis
15 rapidement.

16 M. SIMON DROLET :

17 R. Il y a un élément de votre question qui
18 m'interpelle beaucoup, c'est comment on fait pour
19 convaincre les gens que c'est pertinent d'investir
20 là-dedans. Puis ça me frappe de penser que tout le
21 monde souhaite qu'on prenne le temps avec eux, ça
22 c'est universel. Tout le monde qui sollicite un
23 service souhaite qu'on prenne le temps et c'est
24 d'ailleurs une des principales critiques quand on a
25 des discussions autour d'une machine à café, qu'on

1 parle du système de santé, c'est souvent ça,
2 c'est : on a-tu pris le temps pour accueillir ce
3 que j'avais à dire, et cetera, c'est le cas pour
4 les familles qui sont desservies chez nous, c'est
5 le cas pour tout le monde et je pense que c'est un
6 argument auquel tout le monde dans la société peut
7 s'identifier. Si on propose un plan où dorénavant,
8 on va prendre le temps de faire le tour puis que ça
9 va bénéficier aux enfants les plus vulnérables
10 autant qu'à l'ensemble de la population, je pense
11 que c'est un argument important surtout dans les
12 moments où ça ne va pas bien, on est content de ça.
13 Convaincre la population de quelque chose d'aussi
14 fondamental, c'est certainement possible en deux
15 mille dix-neuf (2019) avec tout ce qu'on a
16 développé de moyens de communications, de façons de
17 convaincre, d'argumentaires, en recherche
18 également, il me semble qu'on a ce fond-là
19 d'argumentaires au Québec pour convaincre les gens
20 qu'on est rendu à investir massivement là-dedans.

21 Q. **[102]** Peut-être parce que la population aimerait
22 qu'on prenne son temps avec elle dans les mêmes
23 circonstances mais je retiens aussi que quand on
24 prend le temps, on comprend mieux les situations,
25 on les analyse mieux, on fait moins d'erreur puis

1 qu'à terme, on fait des bonnes choses puis que ça
2 aussi, c'est... peut-être une dernière question
3 rapide. Vous nous avez parlé aussi beaucoup
4 d'agilité, de flexibilité, d'adaptabilité, sortir,
5 dans le fond, des cadres, que chacun sorte de son
6 cadre. Tantôt il faut aller rencontrer un parent à
7 domicile parce que le parent, il ne viendra pas,
8 tantôt, alors, ça, ce n'est pas facile pour chacune
9 des institutions de sortir de son cadre, vous y
10 arrivez à mobiliser dans cette perspective-là?

11 Dre ANNE MARIE BUREAU :

12 Q. **[103]** Je vous dirais qu'il y a de très, très belles
13 initiatives un peu partout au Québec tant en
14 régions rurales que dans des centres plus urbains
15 et je vous dirais que par expérience, les
16 partenaires prennent goût à ça parce qu'au final,
17 ils sont plus satisfaits eux autres aussi de la
18 réponse qu'on donne pour cet enfant-là. Tu sais, je
19 pense, par exemple, on a le service d'évaluation du
20 développement, une orthophoniste, ça fait six mois
21 qu'elle n'est pas capable de compléter son rapport
22 parce que la mère, elle ne se présente pas puis la
23 mère, elle ne se présente pas pour toutes sortes de
24 raisons.

25 On a fini par dire : « Bien, venez chez

1 nous, la mère, elle va venir, sûre ». Ça fait
2 qu'elle a fini son évaluation chez nous avec une
3 enfant calme parce qu'elle est dans son « safe
4 place » avec une mère qui est confiance, c'est plus
5 facile pour tout le monde.

6 Donc, ces partenaires-là prennent goût.
7 C'est bien plus facile, après ça, de nous
8 interpellé puis dire : « Eille, écoute, une telle
9 que tu m'as référée, tu me prêtes-tu un local, je
10 l'évaluerais chez vous », ça ne lui demande pas
11 beaucoup plus de temps, mais oui, ça demande plus
12 de flexibilité mais au final, tout le monde est
13 gagnant.

14 Q. **[104]** Mais ça, ça demande de se connaître et de se
15 faire confiance.

16 R. Eh voilà!

17 M. JEAN-MARC POTVIN, commissaire :

18 Je vous remercie beaucoup.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Merci. On va poursuivre avec Gilles Fortin.

21 M. GILLES FORTIN, commissaire :

22 Q. **[105]** Bonjour. Je vous demanderais d'oublier votre
23 humilité (RIRES) pour me répondre à des questions.
24 Si je vous demandais là de me résumer c'est quoi la
25 plus-value d'un centre de pédiatrie sociale,

1 communautaire dans un environnement, je ne veux pas
2 situer ça situer dans une petite ville,
3 municipalité...

4 Dre ANNE MARIE BUREAU :

5 R. Mais, en fait... en fait, la plus-value, c'est
6 d'arriver... c'est d'arriver à réussir nos enfants
7 ensemble. La plus-value, c'est d'arriver, le centre
8 de pédiatrie sociale est souvent un catalyseur
9 entre les actions des différents réseaux parce
10 qu'on les réunit puis on réfléchit ensemble puis
11 après ça, on a le plan d'action qu'on va se
12 partager. Donc, ce que ça fait, c'est que c'est
13 moins lourd pour tout le monde, on travaille en
14 concertation puis au final, on réussit des enfants,
15 on dénoue des impasses, des situations difficiles,
16 tout le monde est gagnant. La plus-value c'est
17 vraiment au niveau de la concertation puis des
18 soins et des services de santé physique,
19 psychologique, et cetera, qui sont de meilleure
20 qualité, pas parce que c'est nous autres là,
21 entendez-moi là, mais parce qu'on invite
22 naturellement à cette collaboration-là.

23 L'autre chose, c'est que je pense que ça
24 donne beaucoup de pouvoir aux parents, c'est dans
25 notre approche que de considérer que, quand on

1 bâtit quelque chose, on bâtit sur du solide et ce
2 que docteur Julien nous a appris, c'est que, dans
3 le fond, on bâtit sur les forces de l'enfant, de sa
4 famille, de son milieu puis de la communauté
5 entière, donc c'est de... c'est vraiment d'aller
6 chercher les expertises de chacun pour bâtir un
7 plan d'action qui fait que cet enfant-là réussit.
8 Au final, c'est ça qu'on veut, on veut que nos
9 enfants réussissent puis on veut que nos enfants
10 soient en sécurité puis se développent.

11 Q. **[106]** Vous voulez ajouter quelque chose?

12 M. SIMON DROLET :

13 R. Rapidement vous diriez, c'est que nos membres sont
14 nés dans les communautés où la vulnérabilité était
15 établie, donc il y a une plus-value là, de donner
16 des services dans des secteurs où, des fois, il y a
17 un vide de services dans certaines situations.
18 L'autre aspect, c'est que, évidemment, bon, la
19 médecine sociale intégrée au droit au travail
20 social, ça donne un ensemble d'outils dans un
21 contexte accessible où l'apprivoisement peut se
22 faire.

23 Une des plus-values de ça aussi, c'est le
24 fait qu'en pédiatrie sociale, on ne ferme pas de
25 dossiers mais ça, c'est important. On va souvent

1 faire la distinction entre un épisode de services
2 et la fin ou la fermeture de dossiers. En pédiatrie
3 sociale, il commence à y avoir des centres de
4 pédiatrie sociale au Québec qui accueillent les
5 mères des enfants qui ont été vus la génération
6 précédente, ça c'est une plus-value... ça c'est une
7 plus-value.

8 Et bien que dans l'ensemble des secteurs
9 connaissent une pénurie de main-d'oeuvre, roulement
10 de personnel dans différents secteurs, il y a une
11 certaine stabilité qui fait que les enfants peuvent
12 se rattacher à des visages connus très longtemps,
13 ça c'est une autre plus-value qui est très, très
14 intéressante...

15 Dre ANNE MARIE BUREAU :

16 R. Hum, hum.

17 M. SIMON DROLET :

18 R. ... c'est ce que je voulais ajouter.

19 Q. **[107]** Si je fais un lien avec ce que vous avez
20 expliqué tantôt à mon collègue, Jean-Marc Potvin en
21 face, au fond, l'attention, l'écoute que vous
22 apportez aux demandeurs de services, parents-
23 enfants, et vous créez un lieu de concertation
24 entre les différents partenaires, est-ce que ça, ça
25 résumerait...

1 Dre ANNE MARIE BUREAU :

2 R. Absolument.

3 Q. **[108]** ... l'essentiel, les grandes lignes de la
4 mission, au fond, du centre de pédiatrie sociale?

5 R. Hum, hum.

6 Q. **[109]** Pour réussir ça, c'est quoi les partenaires
7 indispensables?

8 R. Bien, tous les adultes qui sont importants pour
9 l'enfant que ce soit, évidemment, la famille qui
10 est notre grand partenaire mais ça peut être le
11 propriétaire de La Pataterie, ça peut être,
12 évidemment, tous les réseaux où l'enfant est.
13 L'école est un partenaire incontournable puis on a
14 du bonheur à travailler ensemble. D'ailleurs il y a
15 des centres de pédiatrie sociale qui ont leurs
16 locaux dans des écoles, dans des... c'est des
17 partenaires qui sont incontournables. Et je vous
18 dirais que les partenaires, évidemment, de la Santé
19 et des Services sociaux mais aussi nos partenaires
20 du monde juridique et nos partenaires, par exemple,
21 du monde municipal qui viennent supporter des
22 actions pour nos enfants. Alors, puis c'est tous
23 les adultes qui ont un intérêt ou qui sont
24 importants pour cet enfant-là.

25 Q. **[110]** Peut-être une dernière question. Vous avez

1 mentionné puis on mentionne souvent là que les
2 centres de pédiatrie sociale sont accrédités par la
3 Fondation du Dr Julien, pourriez-vous nous
4 expliquer un petit peu c'est quoi
5 l'accréditation...

6 R. Il y a...

7 Q. [111] ... qu'est-ce que ça veut dire?

8 R. Il y a un processus de certification. Dans le fond,
9 la Fondation du Dr Julien offre une formation
10 d'excellente qualité et on va entamer un processus
11 de certification, dans le fond, c'est une série de
12 critères qu'on doit remplir pour s'appeler un
13 centre de pédiatrie sociale puis ensuite, un centre
14 de pédiatrie sociale, ça peut avoir certains
15 niveaux d'expertise. Donc, on peut être certifié à
16 certains niveaux avec des exigences plus
17 importantes. Alors, on est certifié, bien sûr, dans
18 le coeur du modèle au niveau de la clinique qui est
19 le gros morceau de la certification mais aussi sur
20 nos pratiques de gestion, nos pratiques de
21 gouvernance, nos pratiques de mobilisation des
22 communautés, notre pratique d'intégration du droit
23 puis là, j'en oublie, parce qu'il y a huit domaines
24 mais donc, il y a huit domaines pour lesquels on
25 est certifiés, tout notre suivi accompagnement des

1 enfants aussi. Donc, ce n'est pas seulement de la
2 clinique mais c'est vraiment toute la place que
3 notre Centre prend entre autres en mobilisation des
4 communautés, en intégration du droit.

5 Q. **[112]** Et tout ça découlant d'une formation
6 spécifique que la Fondation apporte?

7 R. La Fondation offre beaucoup de formation aux
8 différentes équipes, c'est un... c'est un atout
9 majeur, je dirais, en pédiatrie sociale en
10 communauté mais aussi sur des thématiques qui
11 deviennent des leviers d'intervention, on pense
12 entre autres à l'attachement, aux traumas
13 complexes, et cetera, donc la Fondation du Dr
14 Julien a une équipe qui nous supporte de très belle
15 façon au niveau de l'acquisition des connaissances
16 et des compétences.

17 Q. **[113]** Cette formation-là vient initialement...

18 R. Il y a de la formation...

19 Q. **[114]** ... est-ce qu'il y a des...?

20 R. ... initiale et il y a de la formation continue, il
21 y a de la formation en présentiel, il y a de la
22 formation en ligne, il y a une magnifique, un
23 portail de transfert de connaissances qui est un
24 petit bijou et qui est mis à jour et où on trouve
25 aussi non seulement des formations mais aussi des

1 articles scientifiques de références; c'est un
2 outil magnifique là pour les intervenants terrain
3 puis des formations en présentiel, évidemment.

4 Q. **[115]** Qui gère ou développe cette formation-là?

5 R. Au sein de la Fondation du Dr Julien?

6 Q. **[116]** Oui.

7 R. C'est l'équipe de transfert de connaissances de la
8 Fondation du Dr Julien, oui.

9 Q. **[117]** Quand vous dites, « une équipe » qui forme un
10 centre de pédiatrie sociale, c'est qui puis c'est
11 quoi?

12 R. De la Fondation...

13 Q. **[118]** Non...

14 R. ... ah, bon, l'équipe dans un centre...

15 Q. **[119]** Oui.

16 R. O.K.

17 Q. **[120]** L'équipe minimale, au fond...

18 R. Oui. Alors, dans le fond, quand on ouvre un centre
19 de pédiatrie sociale, ça prend au minimum un
20 médecin parce que c'est de la médecine qu'on fait
21 et une travailleuse sociale, un travailleur social
22 puis ça, c'est l'équipe du coeur du modèle, c'est
23 l'équipe qui va danser ensemble pour évaluer les
24 enfants au centre, évidemment, après ça, bien ça
25 prend comme un gestionnaire qui peut être un

1 bénévole qui peut être payé dépendant, dans les
2 petites initiatives parfois c'est même des
3 bénévoles qui assurent la direction ou la
4 coordination de ce centre-là, plus un centre
5 grossit bien vont se greffer des services de suivi
6 et accompagnement, donc qui peuvent être des
7 psychoéducateurs, des éducateurs spécialisés, et
8 cetera, on a aussi certains thérapeutes comme arts-
9 thérapeutes, des musico-thérapeutes qui peuvent se
10 joindre à l'équipe. Dans certains centres il y a
11 des ergothérapeutes et dans certains centres il y a
12 des orthophonistes.

13 Tous ces professionnels-là peuvent être
14 payés par le centre de pédiatrie sociale ou peuvent
15 être relocalisés de chez un partenaire. Alors, par
16 exemple, on peut avoir une travailleuse sociale qui
17 vient d'un CISSS ou d'un CIUSS, on peut avoir une
18 orthophoniste, on peut avoir... d'une commission
19 scolaire, par exemple, donc ça ressemble un peu à
20 ça, une équipe.

21 Q. **[121]** Et le financement, ça s'organise? Hum, hum.

22 R. Le financement, il y a à peu près un tiers du
23 financement qui provient du gouvernement du Québec,
24 les deux tiers restant sont de l'autofinancement.

25 Q. **[122]** Dans chaque... chaque milieu...

1 R. Et chaque centre est autonome, oui chaque centre
2 est autonome complètement. Oui.

3 M. GILLES FORTIN, commissaire :

4 Merci beaucoup.

5 Dre ANNE MARIE BUREAU :

6 Merci.

7 LA PRÉSIDENTE :

8 On va poursuivre avec Hélène David.

9 Mme HÉLÈNE DAVID, commissaire :

10 Q. **[123]** Je vais poursuivre exactement dans cette
11 lignée-là parce que ça me rappelle les souvenirs de
12 l'annonce du vingt millions (20 M) qu'on avait
13 donné à la Fondation Dr Julien mais il y avait des
14 critères puis vous venez les confirmer, il y avait
15 beaucoup d'autofinancement, je pense c'était à la
16 hauteur de cinquante pour cent (50 %) minimum...

17 Dre ANNE MARIE BUREAU :

18 R. Deux tiers.

19 Q. **[124]** Deux tiers...

20 R. C'est deux tiers, en autofinancement.

21 Q. **[125]** Alors, autofinancement veut dire un peu
22 organisme communautaire qui cherche aussi du
23 financement, ça ressemble un peu quand vous parlez
24 de finance à la mission ou être financé, ça
25 ressemble un peu un organisme communautaire a

1 souvent un financement de base et puis tout le
2 reste, il faut qu'il aille le chercher. Donc, je
3 comprends que c'est toujours ça qui est vigueur...

4 R. Oui.

5 Q. **[126]** ... c'est pour ça je suis peut-être un peu
6 étonnée de voir qu'il y a quarante et un (41)
7 centres de pédiatrie sociale mais ce que je
8 comprends des réponses à mon collègue, c'est que
9 c'est à géométrie assez variable une fois mis le
10 tronc commun qui, à la base, un pédiatre, un
11 médecin qui n'est pas nécessairement un pédiatre...

12 R. Non.

13 Q. **[127]** ... ça peut être une médecin ou un médecin
14 généraliste...

15 R. Oui.

16 Q. **[128]** ... disons, et un ou une travailleuse sociale
17 qui même à la limite pourraient être prêtés par
18 un...

19 R. Un CISSS, un CIUSSS.

20 Q. **[129]** ... un CISSS, un CIUSSS d'où la complexité,
21 j'imagine, la diversité des modèles dans vos
22 quarante et une (41) organisations, qu'est-ce que
23 vous diriez qui est, parce que docteur Fortin
24 parlait de valeur ajoutée puis vous avez bien dit,
25 « communautaire, être bien branché », je vais vous

1 challenger un peu parce que ce n'est peut-être pas
2 un acronyme que vous aimez beaucoup mais les GMF...

3 R. Oui.

4 Q. **[130]** ... Groupe de médecine familiale, ont aussi
5 des travailleurs sociaux qui sont là en résidence,
6 sur place et qui offrent des services comme ça mais
7 on se comprendra que c'est dans une autre optique
8 qui est beaucoup moins communautaire. Mais il y a
9 des CLSC de l'autre côté qui, si on revient leur
10 fondation, c'était ça l'esprit; mais là, on remonte
11 à il y a cinquante (50) ans, bon, et est arrivé
12 entre les deux docteur Julien avec sa... ses
13 critères, ses principes et lui a, quand vous
14 décrivez des services, il les a tous c'est le
15 Garage à musique, les cadeaux de Noël, les
16 vêtements au sous-sol, et cetera, il y a vraiment
17 beaucoup, beaucoup, je pense que lui, il a la
18 totale mais ça fait plus longtemps aussi qu'il est
19 implanté, mais comment... comment vous arrivez,
20 dans le fond, le fait que vous avez un financement
21 gouvernemental mais il y a du communautaire là-
22 dedans. Mais vous travaillez avec des partenaires
23 qui sont les réseaux beaucoup réseaux Santé,
24 Services sociaux, CLSC et le milieu scolaire, tout
25 du financement étatique, tout ce monde-là,

1 organismes communautaires qui tirent le diable par
2 le queue bien souvent et puis qui cherchent eux
3 autres aussi à se financer puis vous arrivez comme
4 ça dans quarante et un (41), donc si je comprends
5 bien, endroits différents à travers le Québec, même
6 si c'est à géométrie variable, comment vous vous
7 inscrivez dans l'écosystème socialement organisé et
8 financé et que vous allez faire quelque chose qui
9 tombe tellement sous le sens quand on dit : « Bien
10 oui, mais on travaille ensemble puis c'est le fun
11 le professeur qui vient à nos réunions parce que
12 des fois, on fait même des bons diagnostics », ça
13 vous évite même des, ce qu'on appelle du
14 « malpractice » là, qui pourrait être de mauvais
15 diagnostics mais comment... comment vous vous
16 inscrivez dans cet écosystème, en général, peut-
17 être qu'il n'y a pas une bonne réponse pour les
18 quarante et un (41)?

19 R. En fait, c'est qu'un centre de pédiatrie sociale,
20 ce n'est pas une succursale que docteur Julien
21 implante dans une communauté; c'est une communauté
22 qui désire avoir un centre de pédiatrie sociale, ça
23 c'est le premier critère. Donc, ça vient au monde
24 de façon tout à fait organique avec souvent un
25 porteur de projet et c'est une communauté qui va

1 s'organiser pour soutenir la pédiatrie sociale.
2 Alors, vous avez raison, il y a toutes sortes
3 d'initiatives. Il y a des centres de pédiatrie
4 sociale qui ont leurs locaux dans une école, il y a
5 des centres de... ça fait que ça évite les frais,
6 j'si pas de loyer à payer, j'ai pas de
7 l'électricité et tout ça, il y a des centres de
8 pédiatrie sociale dans des Maisons de la famille,
9 il y a des centres de pédiatrie sociale qui sont un
10 peu partout, chez des partenaires communautaires,
11 chez d'autres partenaires communautaires, donc
12 c'est... ça prend l'allure de la communauté qui met
13 au monde ce centre de pédiatrie sociale-là et c'est
14 pour ça que c'est très différent d'une région à
15 l'autre, les difficultés ne sont pas les mêmes en
16 régions très urbaines par rapport en régions
17 rurales, les défis sont différents mais les défis
18 sont là et je vous dirais que le défi de
19 financement, il est là partout mais c'est pour ça
20 que c'est un peu différent parce que les
21 communautés sont très différentes.

22 Q. [131] Mais je pense que vous allez être d'accord
23 avec moi de dire que les médecins, vous avez parlez
24 de la formation des médecins qui ne savent même pas
25 ce que c'est un organisme communautaire ou à peu

1 près, j'exagère là, mais qui, on ne leur a pas
2 beaucoup appris à la Faculté de médecine. Alors,
3 d'une part, il faut qu'il y ait des... à la base
4 là, qu'il y ait un médecin qui s'intéresse à la
5 pédiatrie sociale...

6 R. Oui.

7 Q. **[132]** ... pour partir dans cette grande aventure
8 puis ce n'est pas habitué bien, bien, un médecin à
9 aller chercher de l'argent pour survivre là,
10 mettons, on peut le dire de même, alors vous avez
11 un défi de recrutement sûrement de médecins?

12 R. Euh, il y a un défi de recrutement qui, je vais
13 dire ça, des médecins qui veulent venir faire de la
14 pédiatrie sociale, il y en a, les conditions
15 actuelles ne sont pas tout à fait facilitantes mais
16 elles sont sur le point de changer, c'est ce que
17 j'entends mais on recrute des médecins qui ont le
18 goût de faire de la pédiatrie sociale, ça c'est
19 clair, chez nous, on est quatre médecins de
20 famille, puis les... on est un plus gros centre
21 aussi là mais il faut aussi former nos résidents.
22 Chez nous, au Centre à Gatineau, on forme médecins
23 de famille et externes en médecine lors de leur
24 stage en pédopsychiatrie, donc les résidents, les
25 médecins sont exposés à cette forme de médecine-là

1 un peut différente puis plusieurs ont le goût de
2 faire ça, ce n'est pas une pratique qui est
3 exclusive, on travaille tous à peu près une journée
4 ou deux jours semaine, dans certains plus petits
5 centres, ça peut aller moins que ça, là, mais donc
6 on remplit nos autres obligations mais il y a
7 beaucoup... je ne pense pas que c'est un... que
8 c'est si difficile que ça de recruter, l'attrait,
9 c'est plus les conditions d'implantation qui
10 étaient plus difficiles pour les médecins de
11 famille. Au Québec, je pense, corrige-moi, Simon,
12 mais je pense qu'il y a à peu près, dans les
13 médecins qui pratiquent, c'est à peu près la moitié
14 des pédiatres puis la moitié des médecins de
15 famille.

16 Q. **[133]** Alors, vous nous dites que la grande majorité
17 n'est pas à temps plein, donc...

18 R. Non, plusieurs.

19 Q. **[134]** ... peuvent avoir, faire de l'urgence...

20 R. Oui, absolument

21 Q. **[135]** ... faire de la clinique plus
22 traditionnelle...

23 R. On a tous... on a tous une autre pratique.

24 Q. **[136]** Vous avez tous une autre pratique?

25 R. Une autre pratique, absolument.

1 Q. **[137]** O.K.

2 R. En GMF, en UMF, en CLSC, en bureau, n'importe quoi.

3 M. SIMON DROLET :

4 R. Les préoccupations de nos membres aussi, c'est la
5 question du recrutement au niveau des travailleurs
6 sociaux. Au Québec c'est un grand défi, il ne se
7 passe pas une discussion avec un Centre ou un
8 membre sans qu'ils nous témoignent de ça, des
9 difficultés au niveau de l'affichage tout
10 simplement, donc, il manque de C.V., donc c'est
11 difficile de recruter. Ça nous force un peu à
12 développer des partenariats de plus en plus
13 efficaces, ça peut être une des façons d'aborder
14 cette question-là pour ne pas qu'il y ait d'enfants
15 qui se retrouvent entre deux chaises.

16 Sur la question de la proximité puis de
17 l'insertion dans l'écosystème, il y a tout un
18 processus avant qu'un centre devienne membre de
19 l'Alliance, il y a tout un processus de démarrage
20 que la Fondation du Dr Julien met de l'avant, qui
21 vise à analyser dans certaines communautés quels
22 sont les droits et les besoins de certains enfants
23 dans une communauté donnée, qui ne sont pas
24 répondus. Et quand on réalise dans une communauté
25 donnée au Québec, les droits et les besoins et la

1 santé de ces enfants-là est lacunaire, il y a
2 vraiment des très grands problèmes, bien il y a une
3 implantation qui... qui peut se faire; s'il y a des
4 promoteurs et les conditions réunies sur le plan
5 financier notamment, et cetera.

6 Donc ça émane vraiment, vraiment d'une
7 analyse qui est faite sur combien il y a d'enfants
8 ici qui sont déjà tombés entre deux chaises? C'est
9 un peu ça.

10 Q. **[138]** Mais donc, ça peut vouloir dire, vous avez
11 des cas lourds des fois...

12 R. Oui.

13 Q. **[139]** ... à une journée semaine ou à travail
14 partagé, temps partagé, comment vous faites pour
15 coordonner tout ça puis vous n'êtes pas là, disons,
16 cinq jours semaine puis vous voulez voir le
17 professeur de l'école puis, j'essaie d'imaginer là,
18 votre vie de tous les jours mais les services
19 rendus aux enfants aussi?

20 R. C'est pour ça qu'on a une équipe, c'est pour ça
21 que, on travaille, on a des travailleuses sociales.
22 Dans le fond, grosso modo là, quand on fait une
23 journée clinique, il y a un travailleur social, une
24 travailleuse sociale, un médecin et ça représente,
25 après ça, après la journée clinique, il reste à peu

1 près quatre jours de démarches à faire pour la
2 travailleuse sociale. Donc, c'est pour ça qu'on
3 travaille en équipe sinon c'est sûr qu'on n'y
4 arriverait pas.

5 Q. **[140]** Puis, vous êtes un centre, mais quelques-uns,
6 peut-être, centre accrédité pour les résidents en
7 médecine de famille...

8 R. Oui.

9 Q. **[141]** ... comme à Gatineau, ça doit être
10 l'Université McGill qui envoie...

11 R. Oui, McGill, c'est l'UMF à Gatineau qui, tous les
12 résidents ont un stage obligatoire en pédiatrie
13 sociale, maintenant.

14 Q. **[142]** Mais ils sont affiliés à l'UMF, pas à vous
15 directement?

16 R. Non, à l'UMF mais ils viennent chez nous...

17 Q. **[143]** Donc, il y a un lien organique plus important
18 que je pensais entre le centre de pédiatrie sociale
19 et le réseau, disons, plus étatique, classique là,
20 si vos résidents sont l'UMF?

21 M. SIMON DROLET :

22 R. Oui, on a quelques membres même dont... la
23 relocalisation de services provient de la DPJ.
24 Donc, il y a quelqu'un de la DPJ qui travaille au
25 sein même du centre de pédiatrie sociale. Dans

1 d'autres cas, ça va être la commission scolaire qui
2 a déployé une relocalisation de services puis dans
3 d'autres cas, c'est effectivement des travailleurs
4 sociaux des CIUSS, oui.

5 Q. **[144]** Donc, il y a certaines centres qui forment
6 des médecins, certains centres forment des
7 travailleurs sociaux, des psycho...

8 Dre ANNE MARIE BUREAU :

9 R. On accueille aussi des stagiaires en toutes sortes
10 de discipline.

11 Mme HÉLÈNE DAVID :

12 O.K. Merci.

13 LA PRÉSIDENTE :

14 On poursuit avec André Lebon.

15 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

16 Q. **[145]** Bonjour. Écoutez, « first thing first »,
17 comme disent les Anglais. Votre attitude très
18 fédérative, les enjeux sur lesquels vous attirez
19 notre attention, les cibles que vous souhaitez
20 qu'on préconise, je pense c'est... c'est bien reçu
21 et c'est admirablement dit.

22 Alors donc, mon enjeu n'est pas de pointer
23 du doigt pédiatrie sociale, loin de là. On a reçu
24 aussi les directeurs des Direction jeunesse en
25 CISSS et CIUSSS, qui nous ont admis, ça ne devait

1 pas être de gaieté de coeur là, qu'ils géraient des
2 tensions, pressions de services, on essaie
3 d'envoyer des choses, dilution de programmes qui
4 marchaient pour essayer de rejoindre un plus grand
5 nombre, je vous fais part de SIPPE et compagnies.
6 Ça fait que dans le fond, ce qu'on voit, c'est une
7 difficulté ou en tout cas, à la limite, une
8 incapacité de participer positivement à cette vie
9 communautaire, à la collaboration du travail. Bon.
10 Ces gens-là, peut-être pas en audience privée...
11 publique mais il y en a qui sont venus nous dire :
12 « La dernière érosion là, c'est le personnel social
13 qu'on a envoyé dans les GMF puis la prochaine
14 érosion, c'est le personnel social qu'on va envoyer
15 dans la pédiatrie sociale », ça fait que je... je
16 trouve tellement que vous êtes dans une attitude
17 qui n'est pas celle-là, que je me dis : êtes-vous
18 conscients que quand vous me dites : « La DPJ nous
19 a envoyé... », et cetera, est-ce que c'est
20 remplacé, est-ce qu'on fait du déplacement ou du
21 développement; puis c'est plate de dire ça à
22 quelqu'un qui prend une initiative qui est positive
23 puis qui croit ce qu'elle fait. Mais j'aimerais ça
24 entendre votre conscience de ça parce que vous
25 envoyez, peu importe le nombre de personnes, une,

1 deux ou trois, si ça se fait au détriment d'une
2 structure de cohésion qui existait déjà ou de
3 coordination qui existait déjà ou un service social
4 qui n'est plus appliqué, bien, puis là, il y a le
5 programme « Agir tôt » là, tu sais, on est tous
6 dans les bonnes intentions mais un des problèmes du
7 déploiement d'« Agir tôt » actuellement, c'est que
8 la base qui devait être accompagner le parent et
9 l'enfant pour lequel on a une alerte, bien
10 finalement, il n'est pas au rendez-vous; tu sais,
11 des orthophonistes alors que les quatre-vingt pour
12 cent (80 %) des cas de sensibilisation qu'on a là,
13 bien, il n'y en a pas puis il n'y en a pas en
14 autant qu'on pensait puis on est... ça fait que
15 l'enjeu de votre collaboration se fait-elle avec ou
16 au détriment, c'est une préoccupation que je vous
17 exprime.

18 Dre ANNE MARIE BUREAU :

19 R. Je dirais que, pour avoir entendu plusieurs,
20 plusieurs membres de l'Alliance parler de ça,
21 encore là, je dirais que c'est différent d'une
22 région à l'autre. Il y a des endroits, je pense à
23 un Centre où la Commission scolaire leur a dit :
24 « Si tu viens ouvrir dans une autre école, je vais
25 te prêter du personnel », parce que la plus-value

1 est tellement grande.

2 Alors, et puis c'est vers ça qu'il faut
3 tendre, il faut qu'en déplaçant une ressource qu'il
4 y ait une plus-value au total. C'est pour ça que je
5 parle de proximité en incluant le volet
6 communautaire des CISSS et des CIUSSS parce que la
7 réponse, elle est un peu là.

8 Au final, il va falloir arriver à rendre
9 ces services-là et on peut, si on fait bien notre
10 travail en pédiatrie sociale en concertation avec
11 les autres, on va libérer des équipes spécialisées
12 et même un peu dans les CLSC. Ça fait que je pense
13 que ça peut bien se faire et ça dépend un peu des
14 conditions, des attitudes, je pense qu'on tombe
15 peut-être plus dans l'humain ou, c'est sûr que tous
16 les CISSS et CIUSSS ne sont pas équipés pareil,
17 n'ont pas les mêmes pénuries de personnel, tu sais,
18 ce n'est pas pareil partout. Ce que j'entends,
19 c'est quand on le fait bien, c'est au bénéfice de
20 toute la communauté.

21 LA PRÉSIDENTE :

22 Q. [146] Moi, j'avais un commentaire à une question.
23 Un des commissaires..., vous avez parlé de la
24 notion de temps, en concertation ça prend du temps
25 et tout ça. Vous avez bien compris que vous êtes

1 complètement à l'opposé de ce qui se fait
2 actuellement, c'est-à-dire la notion de performance
3 et tout ça, donc vous n'êtes pas à la mode du tout,
4 ça c'était mon commentaire mais je vous trouve
5 « hot » de ne pas être à la mode, c'est dit.

6 Vous avez dit qu'il y a quarante et un (41)
7 centres au Québec puis je suis très préoccupée par
8 les régions et les régions où c'est plus difficile
9 d'accès, est-ce que les quarante et un (41)
10 centres, à votre avis, répondent aux besoins des
11 enfants ou des familles, à votre connaissance, ou
12 il en faudrait plus et combien plus?

13 Dre ANNE MARIE BUREAU :

14 R. Combien plus? Je vais laisser la Fondation répondre
15 à ça. Par contre, c'est clair que nous ne sommes
16 pas dans toutes les régions du Québec. Il y a des
17 régions où, je pense au Saguenay et je pense en
18 Abitibi, où il n'y a pas de centres de pédiatrie
19 sociale...

20 Q. **[147]** Dans toute la région, et Saguenay et Abitibi?
21 O.K.

22 R. Oui, il n'y en a aucun, est-ce qu'il y a des
23 initiatives ? Là, la Fondation serait mieux placée
24 que moi, parce que les initiatives en voie de
25 démarrage sont sous la responsabilité, évidemment,

1 de la Fondation, ça fait qu'il y a peut-être des
2 choses...

3 Q. **[148]** Je comprends.

4 R. ... qui s'en viennent, que je ne sais pas. Mais ce
5 qui est clair, c'est que les nouveaux centres
6 ouvrent en ruralité, ça c'est... c'est...

7 Q. **[149]** O.K.

8 R. ... c'est le constat qu'on fait et on commence à
9 développer, je trouve, qui commence à développer
10 des pratiques qui sont vraiment innovantes et
11 intéressantes parce que les défis ne sont pas les
12 mêmes, parce qu'il y a moins d'organismes
13 communautaires, parce qu'il y a moins d'argent,
14 parce que les distances sont plus grandes, parce
15 qu'on a des territoires qui sont beaucoup plus
16 grands, donc ils développent une pratique de
17 pédiatrie sociale qui est innovante et c'est beau
18 de voir ça.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Super! Merci, on va poursuivre avec Danielle
21 Tremblay.

22 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

23 Q. **[150]** Alors, comme je suis une fille des régions et
24 que ma présidente vient de poser la question que je
25 voulais poser (RIRES), je vais revenir sur un

1 élément que vous avez, dont vous avez parlé puis
2 j'aimerais que vous développiez davantage. Vous
3 parliez que, pour vous, vous voyez comme un élément
4 de succès, le fait d'avoir une porte d'entrée
5 multiple, je ne crois pas que j'aie bien compris
6 là, ce que vous souhaitiez et peut-être en
7 complément mais probablement que c'est deux choses
8 complètement différentes, j'ai droit à une
9 question, ça fait que, que vous nous parliez de la
10 périnatalité sociale qui est en développement?

11 M. SIMON DROLET :

12 R. Pour la première partie, dans le fond, quand on
13 évoquait cette question-là, il y a des modèles en
14 ce moment où le Centre de pédiatrie sociale s'est
15 associé de très près avec une Maison de la famille,
16 un CPE, mettons qu'on prend ces trois-là.

17 Donc, un service de garde éducatif, un
18 centre de pédiatrie sociale puis un centre
19 communautaire, par exemple, un organisme
20 communautaire famille. Mais la plus-value de ce
21 modèle-là, ça fait que la famille peut entrer de
22 l'une ou l'autre de ces portes-là et que la
23 concertation va être de nature à référer et
24 interréférer cette même famille-là selon le besoin
25 qui est exprimé.

1 Les familles en situation de grande
2 vulnérabilité, souvent, elles vont se présenter
3 avec un besoin qui va être exprimé et souvent, en
4 tirant la ficelle, on réalise qu'il y a énormément
5 de besoins en arrière de ça et le fait d'avoir une
6 concertation très serrée, très étroite, fait que
7 peu importe la porte avec laquelle tu vas rentrer,
8 il y a un écosystème vigilant autour de cette
9 famille-là désormais. Et quand on ne fonctionne pas
10 en partenariat, cette vigilance-là est beaucoup
11 plus difficile et beaucoup plus longue à assurer et
12 le délai qui s'écoule souvent va être... va faire
13 fuir la famille, tout simplement. Donc, quand c'est
14 trop long, la famille va se démobiliser.

15 Donc, le fait de travailler en étroite
16 collaboration donne ça. En ruralité souvent ce
17 qu'on nous a exprimé, c'est que les membres, il y a
18 des difficultés au niveau du transport, ça peut
19 être des trucs comme ça, aussi de base que ça mais
20 il y a des initiatives en ruralité extrêmement
21 intéressantes qui visent à aller vers les familles
22 malgré tout, des initiatives très créatives où on
23 assure transport, où on va faire l'effort qu'il
24 faut, on va faire du déplacement à domicile plus
25 fréquemment, et cetera, et voilà!

1 Mais ce que je voulais noter, c'est que
2 dans tous les centres du Québec ou presque, tous
3 nos membres rapportent une augmentation du nombre
4 d'enfants d'année en année.

5 Donc, si ce n'était pas le cas, on serait
6 en droit de se poser la question sur l'intégration
7 avec l'écosystème mais il y a une augmentation
8 constante du nombre d'enfants qui est vu en
9 pédiatrie sociale, donc c'est quand même bon... bon
10 signe.

11 LA PRÉSIDENTE :

12 Merci.

13 Q. **[151]** Vous vouliez ajouter quelque chose, Docteure
14 Bureau?

15 Dre ANNE MARIE BUREAU :

16 R. Il y avait une sous-question sur la périnatalité
17 sociale.

18 LA PRÉSIDENTE :

19 Oui, tout à fait.

20 Dre ANNE MARIE BUREAU :

21 R. Il y a quelques centres au Québec qui ont développé
22 la pratique de périnatalité sociale. Pour répondre,
23 en tout cas, qui est différente selon les centres
24 aussi parce que c'est selon l'environnement, ce qui
25 s'en vient, je pense, de plus en plus. Ça fait

1 qu'on a des centres où il y a une clinique de
2 périnatalité sociale qui vise essentiellement des
3 femmes immigrantes et des femmes qui n'ont pas
4 accès facilement aux services de santé.

5 Chez nous, on développe une clinique de,
6 c'est mon bébé, chez nous, on développe un clinique
7 de périnatalité sociale qui est basée sur des
8 pratiques sensibles aux traumatismes où on va accueillir
9 des futurs pères et futures mères qui ont eu des
10 vécus difficiles et c'est un... une intégration,
11 c'est là où on est en train d'essayer de développer
12 avec nos partenaires pour que ce soit un lieu
13 unique pour recevoir les services, des services de
14 santé mais des services aussi en dépendance et
15 santé mentale mais aussi un volet, on intègre un
16 programme de recherche avec une pratique sensible
17 aux traumatismes, dans le fond, pour accueillir puis
18 apprivoiser ces futurs parents-là pour que quand ce
19 bébé magnifique-là arrive, on aura un longueur
20 d'avance et on pourra bâtir déjà une relation et
21 avoir des interventions beaucoup plus précoces.

22 Alors, oui, il y a cette pratique-là dans
23 quelques centres puis je pense qu'il faut
24 développer ça davantage puis il y a de la
25 littérature, il y a des données probantes qui s'en

1 viennent, il y a un programme de l'Université du
2 Québec à Trois-Rivières, qui est en implantation
3 actuellement puis qui, je pense, est très porteur
4 d'espoir. Merci.

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Très intéressant la conversation qu'on a eue avec
7 vous et à voir et entendre votre passion, Docteure
8 Bureau, je comprends que vous ayez eu une médaille
9 de l'Assemblée nationale il y a quelques années
10 pour votre travail auprès des enfants les plus
11 vulnérables de la société et je vois que votre
12 coordonnateur est tout aussi passionné que vous.

13 Alors merci infiniment pour votre
14 réflexion, on vous avait demandé de nous dire
15 comment faire mieux, alors vous avez ouvert les
16 portes pour qu'on réfléchisse à comment faire
17 mieux. Je vous ai coupé la parole, vous vouliez
18 ajouter quelque chose?

19 Dre ANNE MARIE BUREAU :

20 En fait, ce qu'on a rapporté aujourd'hui, c'est les
21 membres de l'Alliance...

22 LA PRÉSIDENTE :

23 Oui, absolument.

24 Dre ANNE MARIE BUREAU :

25 ... la beauté...

1 LA PRÉSIDENTE :
2 Absolument.
3 Dre ANNE MARIE BUREAU :
4 ... n'est pas assise devant vous...
5 LA PRÉSIDENTE :
6 Tout à fait, oui.
7 Dre ANNE MARIE BUREAU :
8 ... est tellement dans les quarante et un (41)
9 centres.
10 LA PRÉSIDENTE :
11 Merci. Alors, à ce moment-là, je vais me reprendre
12 et dire aux membres de l'Alliance qu'ils ont été
13 super bien représentés par vous deux. Merci
14 infiniment et bon retour à Gatineau.
15 M. SIMON DROLET :
16 Oui.
17 Dre ANNE MARIE BUREAU :
18 Merci.
19 LA PRÉSIDENTE :
20 Merci beaucoup. Alors, nous reprendrons à quinze
21 heures dix (15 h 10), est prévu l'autre témoin, si
22 ma mémoire est bonne.
23 SUSPENSION DE L'AUDIENCE
24 REPRISE DE L'AUDIENCE
25 _____

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Merci. Nous recevons maintenant monsieur Daniel
3 Turcotte, qui est chercheur, professeur émérite
4 associé à l'École de travail social et de
5 criminologie de l'Université Laval, bienvenue. Et
6 vous avez été aussi directeur des évaluations de la
7 Loi sur la protection de la jeunesse, un et deux.
8 Et vous allez mettre en lumière les différents
9 constats effectués et nous présenter aussi
10 certaines pistes de réflexion et des
11 recommandations en lien avec tout ça. Et vous allez
12 aussi aborder la formation en cours d'emploi à
13 partir de l'évaluation que vous avez faite du
14 Programme national de formation. Alors, on a une
15 heure (1 h) ensemble, Monsieur Turcotte, quinze
16 minutes (15 min) de présentation et ensuite
17 échanges avec les commissaires. Ça va?

18 M. DANIEL TURCOTTE :

19 Oui, très bien.

20 LA PRÉSIDENTE :

21 Avant de vous laisser la parole, je vais demander
22 au greffier de vous assermenter, s'il vous plaît.

23

24 UNIVERSITÉ LAVAL - ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL ET
25 DE CRIMINOLOGIE

1 **DANIEL TURCOTTE,**

2 Professeur émérite associé

3 (Sous serment)

4

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Voilà, la parole est à vous.

7 M. DANIEL TURCOTTE :

8 R. Parfait. Demandez à un chercheur d'affirmer qu'il
9 dit la vérité c'est comme une grosse... un gros
10 dilemme moral, parce qu'on sait que la recherche
11 c'est une forme de vérité, mais que la vérité peut
12 prendre plusieurs formes, donc on va avoir une
13 forme aujourd'hui.

14 Je tiens d'abord à vous remercier de me
15 donner l'occasion de faire part de mes réflexions
16 sur la Loi sur la protection de la jeunesse et la
17 protection de la jeunesse de façon plus générale.
18 Quand la Loi est entrée en vigueur en soixante-dix-
19 neuf (79), j'étais intervenant social. J'étais sur
20 le terrain quand on est partis avec les premières
21 ambitions de mettre en place une structure qui
22 visait à protéger les enfants. Quand on constate le
23 nombre de signalements qu'on reçoit maintenant, ça
24 ne correspondait pas du tout à ce qu'on avait en
25 tête. À ce moment-là, on pensait d'être capables de

1 faire fonctionner cette loi-là avec des petites
2 équipes d'intervenants. Évidemment, ça a pris une
3 proportion tout à fait différente.

4 Donc, dans un premier temps je voulais vous
5 parler un peu de l'évaluation qu'on a faite de la
6 Loi sur la protection de la jeunesse. Il y a eu
7 deux rapports en lien avec cette évaluation-là, qui
8 a été menée en vertu de l'article 156.2 de Loi, qui
9 dit que : « Le ministre doit déposer » - la
10 première fois, c'était en deux mille dix (2010) et
11 par la suite à tous les cinq ans - « une étude
12 mesurant les impacts de la Loi sur la stabilité et
13 les conditions de vie des enfants. » Donc, c'est
14 dans... c'est dans ce contexte-là que les deux
15 évaluations ont été réalisées.

16 Je dois d'abord dire que, pour nous, les
17 chercheurs, avoir dans une loi un article qui dit
18 que régulièrement il faut faire une évaluation
19 systématique de la loi, quelles sont les
20 orientations qu'elle prend, les difficultés qui
21 peuvent se présenter, c'est quand même assez inédit
22 et c'est quand même... en tout cas, pour nous,
23 c'est vraiment intéressant comme perspective, comme
24 orientation.

25 Lorsqu'on a fait la première évaluation de

1 la Loi, évidemment le rapport devait être déposé en
2 deux mille dix (2010), très peu de mois après
3 l'entrée en vigueur des modifications. On est
4 allés... vraiment on a essayé de mesurer l'impact
5 sur la stabilité et les conditions de vie des
6 enfants, mais aussi on s'est dit : avant de porter
7 un jugement, il faut d'abord savoir si la Loi est
8 implantée tel que c'est prévu. C'est quoi aussi les
9 obstacles, les difficultés qui se présentent dans
10 l'application de cette Loi-là. C'est pour ça qu'on
11 avait réalisé la première évaluation, une
12 évaluation à deux volets, donc une qui portait sur
13 la démarche d'implantation et de mise en oeuvre des
14 nouvelles dispositions de la Loi et un deuxième
15 volet qui portait sur l'impact sur les conditions
16 de vie des enfants. Et pour le premier volet, on
17 avait vraiment centré notre évaluation sur les
18 intervenants et les gestionnaires, les cadres qui
19 travaillaient dans le domaine de la protection de
20 la jeunesse.

21 Je vais rapidement vous donner... je ne
22 ferai pas l'ensemble des résultats évidemment, mais
23 je vais vous donner quelques idées générales.
24 D'abord, globalement, les intervenants trouvaient
25 que les modifications étaient intéressantes, tout à

1 fait conformes à leurs préoccupations. Et c'est un
2 peu normal, parce que la réforme avait été menée
3 par un DPJ à l'époque, c'était suite au rapport
4 Dumais. Et avec un consultation importante dans les
5 milieux de la protection, les gens qui appliquaient
6 la Loi. Donc, la satisfaction, si on veut, des gens
7 du terrain, c'était pas une donnée étonnante, mais
8 il y avait quand même un certain nombre de
9 préoccupations qui étaient exprimées par les gens à
10 ce moment-là, notamment les durées maximales de
11 placement. Quel est l'impact de cette variable-là
12 sur les parents? Les intervenants nous disaient :
13 quand on a affaire à des parents structurés, bien
14 organisés, c'est un facteur de motivation. Mais
15 pour d'autres parents, c'est vraiment un facteur de
16 stress qui peut bloquer le processus d'engagement
17 dans une démarche de changement.

18 Il y avait aussi, en lien avec ces durées
19 maximales, toute l'obligation de faire la
20 démonstration qu'on a mis en place toutes les
21 mesures nécessaires pour aider ces familles-là. Ce
22 qui n'était pas toujours évident, compte tenu des
23 difficultés qui se présentaient déjà à intégrer des
24 services et mettre ça en collaboration avec les
25 services extérieurs à la Protection de la jeunesse.

1 Parce que les intervenants de la Protection étaient
2 conscients qu'à eux-mêmes, ils ne pourraient pas
3 arriver à mettre en place tout ce que les familles
4 ont besoin, donc il fallait un exercice de
5 collaboration pour avoir des services intensifs. Et
6 déjà là, ça se butait à certains obstacles, cet
7 élément-là.

8 L'autre élément qu'il questionnait, c'était
9 le recours aux personnes significatives. Ça, c'est
10 assez bien documenté dans la littérature, que c'est
11 une avenue intéressante pour améliorer la stabilité
12 des enfants, mais en même temps, c'était quelque
13 chose de nouveau pour les intervenants et on
14 disait : ça peut avoir un impact sur la charge de
15 travail parce qu'il faut systématiquement - et les
16 juges insistaient sur cet aspect-là - explorer
17 autour de l'enfant, si on envisage un placement,
18 quelles sont les personnes dans son environnement
19 qu'on peut mettre à contribution? Donc, pour les
20 intervenants, c'est un alourdissement. Aussi on
21 disait : il y a là un risque possible pour
22 l'enfant, qui va être en conflit de loyauté, par
23 exemple, entre ses parents à qui on enlève la
24 responsabilité de l'enfant, puis une famille
25 proche, des personnes significatives à qui on

1 confie l'enfant. Donc, il y avait sur cet aspect-là
2 des personnes significatives, des préoccupations.

3 Sur la stabilité, bien je pense que madame
4 Hélié vous a parlé des résultats de l'évaluation,
5 je n'y reviendrai pas trop, sauf que juste pour
6 dire que quand on a dit dans le rapport Dumais que
7 les enfants, ils sont placés. Bon, évidemment, on
8 avait les pourcentages de placement, mais est-ce
9 qu'on connaît un taux idéal de placement? T'sais,
10 le placement c'est une solution pour venir en aide
11 à des enfants. Et c'est souvent la solution de
12 dernier recours. On va recourir au placement quand
13 on n'a pas d'autre mesure accessible. Donc,
14 vouloir... on se disait : c'est pas nécessairement
15 la Loi qui va changer ça parce que ce qui va
16 changer ça, c'est de mettre en place des services
17 alternatifs pour les enfants. Et la Loi ne vient
18 pas mettre en place des services alternatifs, elle
19 vient délimiter le cadre dans lequel on donne des
20 services.

21 Donc, on avait observé une diminution de
22 l'instabilité, mais une diminution minime, puis
23 pour nous c'était pas un résultat étonnant parce
24 que, dans le fond, c'est les services qu'on va
25 mettre en place qui vont avoir un impact là-dessus.

1 Lors de la deuxième évaluation, on avait
2 toujours la responsabilité d'examiner l'impact de
3 la Loi sur la stabilité des enfants, mais aussi
4 cette fois-là on s'est dit : on va s'intéresser à
5 la perspective des parents, la perspective des
6 enfants et la perspective des familles d'accueil.
7 Donc, il y a d'autres chercheurs. Je pense que
8 madame Drapeau, vous l'avez rencontrée, elle a
9 travaillé, si je me rappelle bien, sur les enfants.
10 Madame Saint-Jacques, qui va éventuellement
11 témoigner, a travaillé sur les parents. Moi,
12 j'avais regardé plus la perspective des familles
13 d'accueil. On essayait de voir qu'est-ce que ça
14 vient changer, la nouvelle Loi, dans la réalité des
15 familles d'accueil?

16 Globalement, ce qui ressort, c'est que les
17 points de vue sont très, très diversifiés. On a des
18 familles d'accueil qui accueillait les nouvelles
19 dispositions de la Loi comme quelque chose de très
20 positif, et il y a d'autres familles d'accueil qui
21 disaient : bien non, ça vient vraiment alourdir
22 puis on a l'impression qu'on vient donner avantage
23 parent, donc les enfants ont une obligation ou en
24 tout cas on met en place des mesures pour favoriser
25 les contacts avec les parents biologiques, ce qui

1 n'est pas tu tout aidant pour les enfants. Donc, la
2 perspective des familles d'accueil était assez
3 diversifiée concernant les différents volets de la
4 Loi. Mais il y a un certain nombre d'aspects qui
5 sortaient comme problématiques, notamment les
6 rapports avec les parents biologiques qui demeurent
7 complexes pour les familles d'accueil,
8 particulièrement pour les personnes significatives,
9 évidemment, parce que ces parents-là ont déjà, très
10 souvent, un lien avec les parents, et là, ils
11 doivent gérer les relations avec l'enfant et ses
12 parents biologiques.

13 L'autre élément qui ressortait aussi c'est
14 le rôle des intervenants en Protection de la
15 jeunesse. Et là, vraiment les appréciations
16 variaient selon les intervenants. Une même famille
17 d'accueil pouvait nous dire : tel intervenant, ça
18 allait très bien, puis quand on a changé, ça a
19 changé du tout au tout. Donc, il semble que les
20 pratiques avec les familles d'accueil soient
21 vraiment... relèvent vraiment, je dirais, de
22 l'individualité des intervenants. Il ne semble pas
23 y avoir de pratique standardisée à cet effet-là.

24 Et l'autre élément qu'il soulevait beaucoup
25 par rapport aux intervenants, c'est l'instabilité.

1 Les familles nous disaient : on met en place des
2 mesures de stabilité pour les enfants, mais on
3 continue d'avoir un contexte de pratique marqué par
4 une très grande instabilité des intervenants, de
5 sorte qu'à un moment donné, les intervenants... les
6 enfants ne veulent plus voir les intervenants de la
7 Protection de la jeunesse parce qu'ils ont
8 l'impression que ça change à chaque fois. Donc, il
9 y a une espèce de contradiction entre la
10 préoccupation de stabilité dans la vie de l'enfant,
11 puis on lui met un intervenant ou une intervenante
12 qui varie constamment.

13 Et l'autre aspect qui était soulevé,
14 c'était vraiment l'accès à des ressources
15 spécialisées. Les familles d'accueil disent : il
16 s'agit là d'enfants qui ont des besoins
17 particuliers, que c'est très exigeant pour nous, et
18 quand on aurait besoin d'avoir un accès privilégié,
19 si on veut, à des ressources spécialisées, et on
20 doit faire comme tous les parents, c'est-à-dire
21 prendre... quand on demande des services, attendre
22 notre tour, prendre un numéro, se faire mettre sur
23 la liste d'attente. Donc, pour les parents
24 d'accueil, c'était difficile de comprendre cette
25 réalité-là.

1 Ce qui nous avait amené à un certain nombre
2 de recommandations en lien avec ça. Donc, on avait
3 aussi soulevé là-dedans l'idée de mettre en place
4 des mesures... des procédures assez formelles pour
5 associer les familles d'accueil au plan... au
6 projet de vie de l'enfant. Donc, au plan... au plan
7 d'action qu'on met en place pour les enfants,
8 associer plus étroitement les familles d'accueil
9 parce que souvent, elles se sentaient mises à
10 l'écart. Elles disent : quand ça va mal, on nous
11 sollicite; quand ils ont besoin de nous, ils
12 viennent nous voir, mais quand il s'agit de
13 planifier quelque chose à plus long terme dans un
14 contexte plus serein, c'est comme si on n'avait pas
15 besoin de nous. Donc, pour les familles d'accueil,
16 c'était un aspect irritant, ce volet-là.

17 Donc, on pourra y revenir sur les familles
18 d'accueil, mais je vous donne ça rapidement parce
19 qu'il y a un autre point... en fait, il y a deux
20 autres points que je veux revenir. Le prochain,
21 c'est sur un aspect que, nous, on n'a pas évalué
22 dans la Loi parce qu'on peut l'évaluer avec les
23 données statistiques, c'est... le rapport Dumais
24 soulignait qu'il y a beaucoup d'enfants qui
25 utilisent la Protection de la jeunesse comme porte

1 d'entrée. Et il y avait vraiment un souci de - il
2 me reste cinq minutes - vraiment un souci de
3 diminuer le nombre d'enfants qui rentrent, sauf
4 qu'on s'est rendu compte que sur cet aspect-là, la
5 Loi n'a pas du tout atteint ses objectifs. Le
6 nombre de signalements continuait d'augmenter. Mais
7 ce qui est préoccupant, c'est qu'il y a à peu près
8 quinze pour cent (15 %) des signalements qui
9 rentrent dans le système qui débouchent sur une
10 décision de sécurité et développement compromis de
11 l'enfant. Donc ça, ça veut dire qu'il y a une
12 proportion très, très importante de parents qui
13 sont rencontrés et dans un contexte où l'enfant n'a
14 pas nécessairement besoin de protection.

15 Et ce qui me préoccupe aussi, c'est que les
16 trois quart des signalements viennent de
17 professionnels, c'est-à-dire des organismes, de
18 l'école, de la police. C'est pas des gens de la rue
19 qui ne comprennent pas bien la Loi, c'est des gens
20 qui font des signalements dans l'exercice de leur
21 fonction professionnelle. Donc ça, c'est assez
22 préoccupant. Pourquoi soixante-quinze pour cent
23 (75 %) des signalements viennent des
24 professionnels? Puis ça, l'ensemble de ces
25 signalements-là on se rend compte qu'il y a à peu

1 près entre quinze (15) et vingt pour cent (20 %)
2 qui sont des signalements fondés. Parce que
3 l'énergie qu'on met là-dedans, évidemment on ne
4 peut pas le mettre dans les cas réels, il y a une
5 sur-signalisation qui fait que l'énergie est moins
6 consacrée aux enfants qui en ont besoin, mais aussi
7 tous les parents qui sont rencontrés, sur les
8 quarante pour cent (40 %) des signalements qu'on
9 retient, il y en a soixante pour cent (60 %) - et
10 là, je parle de ceux au moment de l'évaluation,
11 donc, des parents rencontrés - il y en a soixante
12 pour cent (60 %) pour qui on dit : bon, quelque
13 chose comme « on est désolé, mais au terme de notre
14 évaluation on constate que la sécurité et le
15 développement de votre enfant n'est pas compromis,
16 on va fermer le dossier ».

17 Mais pour les parents, ça ne s'arrête pas
18 là. C'est une expérience assez traumatisante dans
19 la vie des parents, on sait comment c'est complexe,
20 élever un enfant, comme on n'est jamais sûr d'avoir
21 la bonne attitude quand il y a des périodes de
22 crise. Donc, si en plus on a l'impression qu'il y a
23 des gens autour qui nous signalent à la Protection
24 de la jeunesse, on a l'impression ou on a peur que
25 la Protection de la jeunesse débarque dans notre

1 vie à n'importe quel moment, évidemment ça vient un
2 peu complexifier le cadre dans lequel on exerce les
3 responsabilités parentales.

4 Donc, pour moi, ça, c'est vraiment un volet
5 préoccupant. Quand j'étais étudiant, j'avais fait
6 mon mémoire de maîtrise sur « La réaction parentale
7 au signalement de son enfant ». Et j'avais des
8 parents... j'avais rencontré des parents qui
9 avaient vécu le signalement... un contact avec la
10 Protection de la jeunesse ça faisait douze (12)
11 mois, un an auparavant. Et quand ils m'en parlaient
12 ils pleuraient encore, donc c'est pas une
13 expérience qu'on oublie dans les deux mois suivant
14 en disant : on se réjouit, la Protection est venue
15 chez nous, on a connu de nouvelles personnes, puis
16 ça nous sécurise dans notre façon de faire. Ça
17 produit tout le contraire. Les gens sont
18 insécurisés, ils deviennent méfiants même par
19 rapport à l'environnement parce qu'ils se posent
20 comme question : qui, qui m'a signalé? Qui a parlé
21 de ma situation à la Protection de la jeunesse?

22 Le dernier point que je veux aborder dans
23 les deux minutes qu'il me reste, à peu près, c'est
24 la formation des intervenants. Les centres jeunesse
25 avaient mis sur pied au début des années deux mille

1 (2000) un imposant programme de formation qui
2 s'appelait le Programme national de formation, que
3 j'ai eu la chance d'évaluer au moment où ça a été
4 mis en place. Évidemment, c'est un programme
5 complexe, avec de multiples ramifications, si on
6 veut. Moi, j'avais évalué certains aspects de ce
7 programme-là.

8 Globalement, avec un contexte d'évaluation
9 particulier, parce que quand... moi, j'ai fait ma
10 carrière surtout en évaluation et on... on n'est
11 pas les plus bienvenus dans les réalités de la
12 pratique. Quand il y a de l'argent, on les met sur
13 les services à la clientèle et quand on a des
14 heures à consacrer, on les donne au service à la
15 clientèle. Pour les évaluateurs, on a moins de
16 temps à consacrer, malheureusement, mais on avait
17 réussi, à l'intérieur de certains paramètres, de
18 faire une évaluation du Programme national de
19 formation. Et ce que ça disait globalement, c'est
20 que le programme, au moment où les gens y
21 participent, c'est intéressant. Il y avait une
22 augmentation des connaissances, il y avait une
23 augmentation du sentiment de compétence. Quand les
24 gens sortaient du programme, ils se sentaient mieux
25 préparés pour faire leur travail, mais ces

1 compétences-là ou ces acquis-là ne dureraient pas
2 très longtemps. Après quelque mois, ça s'estompait
3 parce que finalement, on n'avait pas l'espace très
4 souvent et le suivi pour mettre en place des
5 conditions pour faire en sorte que les intervenants
6 puissent vraiment mettre en application ce qu'ils
7 avaient appris dans le cadre de leur formation.

8 Donc, pour conclure, je dirais que la
9 Protection de la jeunesse, elle pose évidemment des
10 enjeux majeurs. Quand on... quand on connaît les
11 caractéristiques des familles qui sont référées à
12 la Protection de la jeunesse, c'est des familles en
13 très, très grande difficulté. On sait qu'avec ces
14 familles-là, ce qu'il faut mettre en place, c'est
15 des services rapides, intensifs, continus, à
16 proximité des familles, offrir une grande diversité
17 de services. Et on a l'impression que vraiment cet
18 objectif-là est difficile à atteindre. Parce que
19 très souvent, les intervenants de la Protection de
20 la jeunesse sont un peu seuls à mettre en place ces
21 mesures-là parce qu'on travaille avec des familles
22 qui ne sont pas volontaires, qui ne sont pas très
23 accueillantes par rapport aux services.

24 Quand on a mis en place la Protection, au
25 début quand on était sur le terrain, on se disait :

1 les familles vont être contentes de nous voir
2 arriver. Elles vont dire : enfin, des gens qui
3 viennent nous aider dans nos difficultés avec nos
4 enfants. C'était bien naïf, c'était pas du tout ça.
5 C'est des gens qui viennent nous menacer chez nous
6 de nous enlever nos enfants. Et la Protection de la
7 jeunesse a été depuis longtemps associée au fait
8 d'enlever des enfants.

9 Il y a quelques années, on avait - je vais
10 conclure là-dessus - travaillé sur l'évaluation de
11 programmes mis en place dans le cadre du Programme
12 fédéral... le Programme d'action communautaire pour
13 les enfants, qui ont développé des budgets pour des
14 programmes. Mais les gens qui travaillent dans ces
15 programmes-là ne se présentent jamais comme des
16 travailleurs sociaux ou des travailleuses sociales
17 parce que ce type d'emploi là est associé au fait
18 d'enlever des enfants. Donc, quand on travail en
19 milieu à risque, avec des familles à risque, on est
20 mieux de ne pas se présenter comme un travailleur
21 social ou une travailleuse sociale. Les gens se
22 présentant comme des intervenants sociaux ou des
23 aidants de milieu, toutes sortes de titres,
24 sauf « travailleurs sociaux », « travailleuses
25 sociales », à cause du lien avec le fait qu'on va

1 se faire enlever nos enfants. Donc, c'est dans ce
2 contexte-là que la Protection de la jeunesse
3 évolue, on voit que ça pose vraiment des
4 contraintes particulières et avec la famille, mais
5 aussi avec les autres organismes et les autres
6 intervenants, qui n'aiment pas trop être accolés de
7 trop proche à la Protection de la jeunesse pour ne
8 pas être associé à cette crainte-là de se faire
9 enlever les enfants. Voilà. Je vais m'arrêter là,
10 c'est mon premier quinze minutes (15 min).

11 LA PRÉSIDENTE :

12 Merci. On sent que vous auriez... vous en auriez
13 beaucoup à dire, alors ce sera durant la période
14 d'échange. Merci, Monsieur Turcotte. On va débiter
15 la période d'échange avec Jean-Simon Gosselin.

16 M. JEAN-SIMON GOSSELIN, commissaire :

17 Q. [152] Oui, oui, merci. Bien, en quinze minutes
18 (15 min) vous en avez dit pas mal. Vous avez parlé
19 des deux évaluations de la Loi sur la protection de
20 la jeunesse, de la perspective des familles
21 d'accueil, puis du Programme national de formation.
22 C'est pas pire, quand même. Alors moi, ma première
23 question, ça va avec ce que vous venez de nous
24 dire. Ça m'a toujours un peu préoccupé. Le trois
25 quart des... c'est la question, là, du quinze

1 (15 %), dix-huit (18 %), vingt pour cent (20 %) qui
2 aboutit avec une mesure d'application, une mesure
3 d'aide dans le processus. Comme vous le dites, le
4 trois quarts des signalants sont des
5 professionnels, policiers, bon. Alors, c'est des
6 gens normalement qui ont une certaine appréciation
7 de la situation de l'enfant et de la famille. Puis
8 au bout du processus, il reste à peu près vingt
9 pour cent (20 %) de ces cent (100) signalements là,
10 il reste vingt (20) signalements où il va y avoir
11 des mesures d'aide soit volontaires, soit par le
12 Tribunal. Alors, comment vous réconciliez ça, là,
13 cette... vos réflexion là-dessus, là, autre que ça
14 peut coûter cher? Mais dans le fond, c'est des gens
15 compétents qui signalent, mais finalement, il y en
16 a juste un enfant sur cinq qui va recevoir des
17 services en vertu de cette Loi-là.

18 R. Alors moi, je pense qu'il y a peut-être un premier
19 enjeu sur la définition d'un « signalement ».
20 T'sais, les cent cinq quelque mille et quelqu'un
21 qui rentre... il faudrait peut-être aller voir
22 qu'est-ce qu'il y a là-dedans. Moi, j'ai
23 l'impression qu'il y a un certain nombre d'éléments
24 qu'on associe à des signalements, qui sont des
25 consultations ou des demandes d'information. Et

1 peut-être que ça, plutôt que de les aborder comme
2 des signalements, si on les abordait comme des
3 demandes de collaboration, par exemple. Moi, je
4 pense qu'il y aurait une avenue intéressante, là.
5 Parce que quelqu'un d'une école qui appelle à la
6 Protection de la jeunesse en disant : « On est
7 préoccupés, on constate un certain nombre d'aspects
8 chez l'enfant, de comportements ou des trucs que ça
9 nous préoccupe », évidemment, ils vont communiquer
10 avec la Protection de la jeunesse parce que c'est
11 l'endroit pour signaler ce genre de situation là.
12 Mais plutôt que de la traiter comme un signalement,
13 peut-être que si on disait : on va aller voir avec
14 vous puis on va voir qu'est-ce qu'on peut mettre en
15 place puis qu'est-ce que vous pouvez faire pour
16 venir en aide à cet enfant-là. Donc, pas l'aborder
17 nécessairement comme un signalement : est-ce que la
18 sécurité de l'enfant est compromise? Évidemment, si
19 c'est le cas, oui, mais si assez rapidement, on se
20 rend compte qu'on n'est pas dans cette voie-là, on
21 est plus dans l'ordre de préoccupation... en tout
22 cas, moi, je pense que si on était capable
23 d'utiliser ces ressources-là, parce que c'est des
24 gens sont... ils connaissent l'enfant, ils
25 connaissent les parents, ils sont déjà impliqués,

1 ils ont déjà une relation, donc est-ce que ces
2 personnes-là ne pourraient pas agir non seulement
3 comme filet de sécurité : vous nous rappellerez si
4 vous voyez quelque chose, mais qu'est-ce qu'on peut
5 mettre en place dès maintenant. Donc, utiliser la
6 Protection de la jeunesse comme un... plus comme
7 une structure de consultation, si on veut, pour
8 aider les gens qui constatent des phénomènes qui
9 les préoccupent, qui les amènent à penser : est-ce
10 que ça justifie un besoin de protection ou pas?

11 La difficulté que ça pose, c'est que pour
12 que la Protection de la jeunesse puisse intervenir,
13 il faut que la sécurité et le développement soient
14 compromis en vertu de la Loi. Donc, on voit là
15 qu'il y a une espèce de contradiction dans le sens
16 que les gens peuvent contacter la Protection de la
17 jeunesse parce qu'ils sont préoccupés et
18 finalement, on leur répond, d'une certaine façon :
19 la Loi ne nous permet pas de faire des plans
20 d'action si la sécurité et le développement n'est
21 pas compromis. Mais là, on fait quoi? On les réfère
22 au CLSC. On va les référer... ou dans un autre
23 organisme. Et là, qu'est-ce qu'ils se font répondre
24 très souvent c'est que, comme on a au téléphone,
25 « Votre demande est très importante pour nous »,

1 mais vous allez attendre six mois, par exemple,
2 parce qu'on ne peut pas vous répondre
3 immédiatement.

4 Sur cette question-là, pendant que j'y
5 suis, moi, j'ai vécu une situation particulière
6 l'an passé, j'étais au Mexique. J'ai eu un problème
7 de santé. Mon espagnol n'est pas très bon, puis
8 l'ophtalmologiste, son anglais, il n'était pas très
9 bon. Mais finalement, on a fini par se comprendre
10 et ce que j'avais nécessitait une intervention
11 rapide, d'urgence. Donc, ce qu'il m'a dit - puis
12 là, j'étais dans un autre pays, là - il ne m'a pas
13 dit : présentez-vous à l'hôpital là-bas. Il m'a
14 dit : « Voici la carte. Vous allez à l'hôpital là-
15 bas, ils vous attendent. Ils ont votre nom, ils
16 connaissent déjà l'examen que je vous ai fait. Puis
17 quand vous allez arriver, là, vous n'attendrez pas
18 trois heures (3 h), ils vont vous prendre en main
19 immédiatement. » Et je suis arrivé et c'était ça.
20 J'ai donné mon nom et déjà ils m'ont accueilli. Ils
21 ne m'ont pas dit : vous reviendrez la semaine
22 prochaine.

23 Donc, les références personnalisées, et ça
24 on en parle dans les services sociaux, notamment en
25 Protection, très, très souvent c'est comme un

1 leitmotiv qui revient régulièrement, mais ça semble
2 très, très compliqué à mettre en place. Et
3 pourtant, les gens se connaissent. Pourquoi... si
4 on dit à une famille ou à des parents : « Adressez-
5 vous à votre CLSC, c'est eux qui sont les mieux
6 placés pour répondre à votre demande », le trois
7 quarts du temps, ils n'iront pas ou ils vont
8 attendre avant d'y aller ou ça va prendre du temps.
9 Mais si on les référerait avec une référence
10 personnalisée : « Présentez-vous à tel endroit,
11 demandez pour parler à telle personne ». Et si la
12 personne connaît les parents et sait qu'ils vont se
13 présenter. Moi, je pense qu'on pourrait peut-être
14 passer du cent cinq mille (105 000), là, à quelque
15 chose de beaucoup moins important. Et là,
16 évidemment, intervenir vraiment dans les situations
17 où il y a un soupçon important de maltraitance
18 envers l'enfant, si vous voulez.

19 Q. **[153]** Je vais profiter de votre expérience au
20 niveau des perceptions ou de la perspective des
21 familles d'accueil. On a eu... depuis la
22 syndicalisation des familles d'accueil, on a eu
23 plusieurs témoignages où les familles d'accueil,
24 quelques témoignages où les familles d'accueil se
25 sont dites déçues de la perte de leur intervenant

1 ressource. Vous, ça vous amène quelle réflexion,
2 ça? Cet intervenant-là, est-ce qu'il est important
3 ou c'est des besoins, là, égoïstes de certaines
4 familles d'accueil?

5 R. Moi, je pense que c'est pas des besoins égoïstes
6 parce qu'à partir du moment où on envoie un enfant
7 en famille d'accueil en appliquant la Loi sur la
8 protection de la jeunesse, on sait que c'est un
9 enfant qui était placé dans des conditions dans
10 lesquelles sa sécurité ou son développement était
11 compromis. Donc, c'est un enfant qui a des besoins,
12 qui a vécu des expériences traumatisantes, donc
13 c'est un enfant qui a besoin d'un accompagnement
14 particulier. Et les familles d'accueil, c'est des
15 personnes très compétentes, mais quand il arrive
16 des situations de crise ça devient difficile. Ils
17 ont besoin d'être aidés.

18 J'ai pas... au moment où on a fait l'étude,
19 la Loi venait d'entrer en vigueur, donc les parents
20 n'avaient pas vraiment eu le temps de voir les
21 changements. Mais, moi, l'impression que ça me
22 donnait de l'extérieur, c'est comme si les centres
23 jeunesse vivaient ça comme... les patrons quand les
24 employés se syndiquent. C'est comme un désaveu. On
25 avait l'impression que certains intervenants

1 voyaient le syndicalisation des familles d'accueil
2 comme une forme de désaveu. Ils se syndiquent parce
3 qu'ils veulent avoir un outil pour... pour je ne
4 sais pas, se mettre collectivement face à nous.
5 Alors que d'autres vont voir ça, au contraire,
6 comme une façon de vraiment formaliser les
7 relations, créer un cadre précis auquel tout le
8 monde s'applique.

9 Moi, je pense que les familles d'accueil
10 ont besoin particulièrement... et on le voit aussi,
11 on a vu les taux importants de déplacement,
12 particulièrement avec les adolescents, par exemple.
13 Et les familles d'accueil, ce qu'ils nous disent
14 aussi, ce qui est crucial, c'est les premiers mois.
15 Une fois que l'enfant s'est habitué, ça va. Puis la
16 famille d'accueil aussi, ça va assez bien. Mais
17 dans les premiers mois d'un placement c'est très,
18 très important d'accompagner les familles. On ne
19 peut pas les laisser seules puis penser que juste
20 entre elles, elles vont se donner le soutien
21 nécessaire. Je pense que les familles d'accueil
22 peuvent et doivent d'entraider entre elles. Elles
23 ont des structure à mettre en place. Mais celui qui
24 confie l'enfant... l'organisme qui confie l'enfant
25 à une famille a la responsabilité de continuer

1 d'accompagner cette famille-là et de leur donner ce
2 qu'ils ont besoin, évidemment, comme services. Moi,
3 je ne vois pas ça comme une forme de caprice, au
4 contraire. Je pense que les familles d'accueil
5 aimeraient surtout être capable de s'organiser sans
6 utiliser les services du centre jeunesse. Quand ils
7 font appel, c'est vraiment parce qu'ils en besoin,
8 à mon point de vue, tout au moins.

9 Q. **[154]** Une dernière question. Puis ça, j'ai tiré ça,
10 là, du document... l'annexe, en fait, de
11 l'évaluation et le PG-2, l'annexe que vous avez
12 préparée avec madame Châteauneuf, là. En fait, à
13 l'époque, en deux mille quinze (2015) - je contexte
14 un peu - il n'y avait pas tant moins de retraits
15 d'enfants ou de placements d'enfants par rapport à
16 cinq ans plus tôt, mais il y avait le recours
17 beaucoup plus - c'était la volonté aussi des
18 amendements mis en vigueur en deux mille sept
19 (2007) - recours à ce que vous appelez les
20 personnes significatives, qui sont devenues un peu
21 plus tard les familles d'accueil de proximité, là.
22 Alors, dans votre... dans votre annexe, vous en
23 faites état. Comment vous voyez ça, qu'on bascule
24 certains... que certains hébergements, finalement,
25 au lieu d'être confiés à des familles d'accueil

1 mettons neutres, là, ou accréditées, qu'on confie à
2 des familles d'accueil de proximité, ce qui veut
3 dire en fait à des gens de la famille
4 essentiellement, là? Il y a des enjeux avec ça
5 aussi.

6 R. Effectivement, il y a des enjeux. Il y a des enjeux
7 particuliers pour ces familles-là, comme je le
8 soulignais tantôt. Notamment, la gestion des
9 contacts de l'enfant avec sa famille biologique.
10 Ça, c'est... ça place souvent ces familles-là dans
11 une situation délicate. Puis à l'époque, ce que les
12 familles nous disaient aussi, ces familles-là,
13 c'est que comme on a déjà une relation ou une
14 connaissance de l'enfant et de sa famille, les
15 intervenants de la Protection nous laissent gérer
16 cet aspect-là davantage que dans une famille
17 d'accueil habituelle. Et là je dirais c'est pas
18 parce qu'on a cette... ce lien-là avec la famille
19 que c'est nécessairement plus facile de gérer ça,
20 même que c'est plus complexe. Donc, le recours aux
21 familles d'accueil de proximité, c'est assez bien
22 documenté que c'est moins traumatisant pour
23 l'enfant. Il s'en va chez des gens qu'il connaît.
24 Ça a été aussi démontré dans certaines études que
25 ça assure une plus grande stabilité de l'enfant.

1 Ces gens-là, ils sont comme plus tolérants, ils
2 savent plus à quoi s'attendre par rapport à
3 l'enfant, mais ça pose des enjeux particuliers. On
4 ne peut pas laisser ces familles-là, je pense,
5 gérer les rapports avec les parents biologiques, il
6 faut les aider. Parce que cet aspect-là est
7 particulièrement important et critique. Et ces
8 familles-là nous disaient ça : « Nous, on a de la
9 misère avec ça ». C'est vraiment... plus que les
10 familles d'accueil habituelles, si on veut. Donc,
11 on ne peut pas les laisser... ils ont besoin autant
12 d'être accompagnés dans leur démarche, même s'ils
13 ont déjà une relation avec l'enfant. Même si ou à
14 cause qu'ils ont déjà une relation avec les parents
15 de l'enfant. Et ils doivent gérer cette proximité-
16 là des rapports.

17 Q. [155] Merci, Monsieur Turcotte. Mes collègues vont
18 continuer.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Oui. On poursuit avec Danielle Tremblay.

21 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

22 Q. [156] Bonjour, Monsieur Turcotte. Je reviendrais
23 avec la notion des familles d'accueil.

24 J'aimerais... vous nous faites une recommandation
25 d'associer les familles d'accueil davantage au plan

1 d'action qui vise la planification du projet de vie
2 de l'enfant. Tout à l'heure, mon collègue a invoqué
3 le changement de rapport entre les familles
4 d'accueil et les intervenants suite à la Loi sur la
5 représentativité des ressources de type familial.
6 Alors quelles seraient les conditions gagnantes à
7 mettre en place, je vous dirais, pour effectivement
8 associer davantage les familles d'accueil au projet
9 de vie de l'enfant?

10 R. Bien, je pense qu'une des premières conditions,
11 c'est vraiment d'abord donner l'information à ces
12 familles-là sur l'enfant, l'information la plus
13 complète possible. Des fois, on a l'impression,
14 évidemment, on ne veut pas, on ne veut pas biaiser
15 la perception que les familles ont de l'enfant,
16 mais en même temps, cet enfant-là leur est confié,
17 ils s'en occupent sept jours par semaine, vingt-
18 quatre (24) heures par jour. Donc, les secrets dans
19 la vie de l'enfant ils vont l'apprendre ou les faux
20 secrets parce que l'enfant aussi a des, des fausses
21 vérités d'une certaine façon qui correspondent à
22 ses perceptions à lui. Mais je pense que l'échange
23 d'information, on peut aller le plus loin possible.
24 Avec ça, évidemment, il y a toujours des éléments à
25 respecter, mais c'est comme un premier point. Si

1 les familles d'accueil ne sont pas informées de la
2 réalité de l'enfant, c'est sûr qu'ils ne sentent
3 pas bien outillés pour participer à l'élaboration
4 d'un projet de vie. Mais s'ils connaissent bien
5 l'information et après ça, je dirais, prévoir des
6 procédures formelles, dire qu'il faut que les
7 parents, pas juste signent, parce que vous voyez
8 parfois les parents doivent, les familles d'accueil
9 doivent signer. Mais la signature, ça veut, ça
10 n'implique pas nécessairement une participation au
11 processus. Des fois, on l'élabore, on leur montre
12 ça. Êtes-vous, êtes-vous confortable? Les gens
13 signent. Moi, je dirai, formaliser les procédures,
14 l'exiger. Il faut quand on élabore le projet de vie
15 de l'enfant à moins d'exception, évidemment.

16 Mme DANIELLE TREMBLAY, Commissaire :

17 Q. **[157]** Vous voulez dire aller chercher comment la
18 famille d'accueil voit le projet de vie de l'enfant
19 dans un processus formel?

20 M. DANIEL TURCOTTE :

21 R. C'est-à-dire quelle est l'opinion, oui, quelle est
22 l'opinion des parents d'accueil sur ces, cet
23 enfant-là. Comment, quel est leur opinion sur le
24 projet de vie de l'enfant. C'est sûr que nous, les
25 parents nous disaient : la meilleure option, là,

1 c'est le placement en majorité. C'est sûr que c'est
2 plus sécurisant pour tout le monde, mais on sait
3 que la Loi ne permet pas ça. Ce n'est pas ça qui
4 est mis de l'avant non plus, ce n'est pas ça qui
5 doit l'être. Mais on peut aussi partager avec les
6 parents cette idée-là que le projet de vie en
7 majorité, même si on peut penser théoriquement que
8 c'est ça qui est plus facile pour tout le monde, ce
9 n'est pas ça l'option dans notre philosophie
10 sociale, si on veut. Nous, on considère que les
11 parents biologiques, c'est encore eux qui devaient
12 autant que possible s'occuper de leur enfant et
13 c'est dans esprit, cet esprit-là qu'on doit
14 envisager le projet de vie et ça, je pense que les
15 familles d'accueil peuvent le comprendre. Une fois
16 qu'on a dit ça, qu'est-ce qu'on met en place?
17 Qu'est-ce que, qu'est-ce qu'on doit faire, qu'est-
18 ce qu'on doit envisager comme calendrier et les
19 faire participer à cette réflexion-là que les
20 intervenants font de toute façon, cette réflexion
21 se fait. Les intervenants la font, pourquoi pas
22 associer la famille d'accueil à cette réflexion-là
23 et parfois l'enfant est associé aussi quand il est
24 assez vieux pour s'exprimer, puis comprendre les
25 enjeux. Donc, c'est vraiment la, t'sais, il y a un

1 moment où ça se fait, c'est, ça, ce n'est pas
2 spontané, puis ça ne se fait pas la nuit, là,
3 t'sais, il y a une structure, il y a un moment
4 d'arrêt dans, dans un processus d'intervention.
5 Donc, plutôt de le faire avec un ou deux ou trois
6 intervenants, le faire avec en plus les familles,
7 la famille d'accueil concernée, et si possible,
8 l'enfant lui-même. C'est dans ce sens-là que je dis
9 prévoir les procédures formelles, t'sais, il faut,
10 il faut vraiment trouver des, des lieux, des
11 moyens, puis évidemment la prémisse de ça, c'est le
12 partage de l'information. Il faut les informer de
13 ce qui se passe.

14 Mme DANIELLE TREMBLAY, Commissaire :

15 Q. **[158]** Je vous amènerai sur un deuxième sujet, qui
16 est celui de la formation. Dans le continuum de
17 formation académique, pratique, en continu, est-ce
18 que, quelle est votre opinion par rapport à ce
19 continuum-là qui vise finalement à assurer la
20 qualité des actes professionnels? Tout à l'heure,
21 vous nous parliez de formation, mais l'importance
22 de soutenir l'intégration des connaissances, et
23 alors j'aimerais que vous développiez davantage à ce
24 niveau-là.

25

1 M. DANIEL TURCOTTE :

2 R. Bien, évidemment, on sait que les formations
3 universitaires de premier cycle, notamment en
4 travail social, ce n'est pas une formation à
5 l'intervention en protection de la jeunesse. C'est
6 une formation générique en travail social, il y a
7 une partie de nos étudiants qui vont travailler
8 avec les personnes âgées, il y a une partie qui
9 vont travailler en milieu carcéral. Donc, il y a
10 toutes sortes de milieu d'emploi. Ce n'est pas une
11 formation spécialisée dans le domaine de la
12 protection, alors que la pratique exige presque,
13 d'une certaine façon, des compétences spécialisées
14 dans le domaine de protection. Et nous, un
15 travailleur - évidemment, je ne peux pas parler
16 pour les autres professions - mais nous, un
17 travailleur social, toute la question du
18 développement de l'enfant, cette, cette question-là
19 est très peu abordée dans nos programmes de
20 formation et c'est pourtant crucial dans le domaine
21 de protection de la jeunesse. Comment on peut
22 établir que le développement d'un enfant est
23 compromis ou que le développement d'un enfant est
24 retardé si on n'a pas des balises précises pour
25 être capable d'établir par exemple que cet enfant-

1 là a un retard de langage ou un retard de
2 développement physique? Toute aussi la question de
3 l'intervention avec l'enfant. En travail social, on
4 développe beaucoup les habiletés génériques en
5 relation d'aide, des techniques d'entrevue, oui,
6 des techniques d'entrevue avec des adultes. Le
7 travail avec les enfants, c'est un aspect qui est
8 beaucoup moins développé. Évidemment, les, les
9 aspects légaux, connaissance des lois, ça, les
10 étudiants le voient, mais pas évidemment d'une
11 façon approfondie dans la protection de la
12 jeunesse.

13 Donc, il y a un besoin à mon avis qui quand
14 on est jeune, surtout les jeunes intervenants,
15 parce que dans, quand on évaluait le programme
16 national de formation, ce qu'on constatait aussi,
17 c'est que ses effets sont plus importants chez les
18 jeunes intervenants que chez les intervenants
19 expérimentés, ce qui est un peu normal. Ça fait
20 cinq ans qu'on est en protection de la jeunesse,
21 puis on ne connaît pas encore les enjeux ou les,
22 les dispositions de la loi, on a un problème-là.

23 Donc, c'est chez les jeunes intervenants
24 que le besoin se fait sentir. Et je pense que chez
25 les jeunes intervenants, il faut prévoir des

1 modalités pour vraiment aller former à
2 l'intervention en protection de la jeunesse,
3 développer des habiletés supplémentaires qui
4 étaient prévues dans le PNF, par exemple, toute la
5 question de l'intervention avec la famille, la
6 question de la gestion du risque, l'évaluation du
7 risque, l'évaluation du développement, des trucs
8 comme ça, les techniques d'entrevue avec des
9 enfants. Donc, c'est des aspects qui doivent être
10 développés dans un programme de formation.

11 Mais moi, l'aspect, vous l'avez soulevé,
12 là, que je mentionnais, c'est qui, les programmes
13 de formation, ce n'est pas suffisant de prendre un
14 intervenant ou une intervenante, la sortir de son
15 milieu de travail pendant trois-quatre jours pour
16 aborder un certain nombre d'aspects et la retourner
17 dans son milieu de travail exactement dans les
18 mêmes conditions et penser que sa pratique va
19 changer. Ce n'est pas vrai.

20 Je dirais, déjà, avant l'information, elle
21 faisait le mieux qu'elle pouvait, même si elle a
22 acquis des nouveaux éléments de connaissance, il
23 faut qu'elle ait un espace pour mettre ça en place.
24 Il faut aussi qu'il y ait un, un suivi, un
25 accompagnement dans ces mesures-là.

1 Il y a beaucoup, en cours de carrière, les
2 intervenants... ça existe moins maintenant parce
3 que les budgets sont moins importants puis c'est,
4 c'est plus concentré. Mais à une certaine époque,
5 les intervenants pouvaient choisir eux-mêmes des,
6 des programmes de formation et on l'a vu par
7 exemple la thérapie brève, la thérapie orientée sur
8 les solutions. Donc, un certain nombre de
9 programmes dans lequel les intervenants allaient se
10 former et ils revenaient, ils essayaient de mettre
11 ça en application pendant quelques mois et ça
12 tombait à l'eau parce que le contexte de pratique
13 ne permettait pour ça que puisse implanter, ce que
14 puisse, vraiment s'institutionnaliser dans les
15 pratiques, il faut mettre en place des conditions
16 qui permettent ça. Donc, du soutien par les autres
17 intervenants, un espace de réflexion jusqu'à quel
18 point, comment on peut mettre ça concrètement en
19 place.

20 Parce qu'en même temps, on sait aussi que
21 on travaille avec des humains qui sont tous
22 différents, donc il n'y a pas une recette unique.
23 Et ça, c'est la complexité du travail, c'est-à-dire
24 c'est quoi qui constitue un bon intervenant? C'est
25 un intervenant adapté aux besoins des familles avec

1 qui il travaille. Ça, ça veut dire qu'un
2 intervenant qui une journée va intervenir d'une
3 certaine façon, puis le lendemain va être capable
4 de s'ajuster, donc va être capable de lire que son
5 modèle habituel n'est pas adapté, puis qu'il doit
6 ajuster ses interventions.

7 Et ça, pour arriver à faire ça, il faut en
8 discuter avec d'autres, il faut avoir un espace de
9 réflexion, des espaces d'échanges. Et moi, je pense
10 qu'il faut prévoir la formation, ce n'est pas juste
11 la période où on retire l'intervenant de son milieu
12 pour l'envoyer pour l'envoyer à une activité de
13 formation, mais c'est aussi prévoir là-dedans des
14 des espaces, du temps, à la limite du budget, pour
15 que les intervenants, quand qu'ils reviennent,
16 puissent échanger sur ce qu'ils ont vu, puissent
17 voir comment ça peut s'intégrer, quelles
18 difficultés ça présente, qu'est-ce qu'on peut faire
19 pour changer les pratiques.

20 Mme DANIELLE TREMBLAY, Commissaire :

21 Q. [159] Très rapidement, certains nous ont parlé que
22 suite à la formation générique dont vous nous avez
23 parlé, il y aurait intérêt à développer une
24 spécialisation alors que d'autres nous ont parlé
25 que c'est en cours d'emploi et dans le modèle que

1 vous venez de nous décrire, là, où on permet
2 l'intégration, l'acquisition et l'intégration de
3 nouvelles connaissances que les intervenants vont
4 pouvoir développer leurs pratiques de qualité. Est-
5 ce que vous avez une opinion sur l'avantage de l'un
6 ou l'autre modèle?

7 M. DANIEL TURCOTTE :

8 R. Aux États-Unis, c'est beaucoup le modèle de à
9 l'université. Ils ont eu plusieurs, les universités
10 ont développé un programme, ils ont même des
11 bourses à des intervenants qui veulent faire
12 carrière en protection de la jeunesse. Par exemple,
13 il y a un programme d'information de niveau
14 maîtrise ou de niveau bac. Ils suivent un certain
15 nombre de cours, après ça ils font un stage. Le
16 programme est critiqué aussi, donc ça ne règle pas
17 tous les problèmes.

18 Mais je pense que les deux modèles ont des
19 avantages. Le modèle en milieu de travail, c'est
20 que évidemment il y a une proximité avec le milieu
21 de travail. Donc, puis le milieu de travail connaît
22 la nature du programme qui est mis en place, donc
23 lui il peut faire de l'espace et il peut aussi
24 s'assurer que c'est mis en place. L'inconvénient
25 que moi, j'y vois, parfois, c'est que les activités

1 de formation ne sont pas évaluées. C'est-à-dire
2 qu'un intervenant peut aller là à une session de
3 formation pendant trois-quatre jours. À la limite,
4 il ne retient rien. Puis, personne ne va valider
5 s'il a retenu quelque chose ou pas. Alors que
6 normalement, une formation universitaire, si on
7 veut, les acquis sont évalués. Bon, on peut
8 critiquer l'évaluation, la nature de l'évaluation,
9 mais, c'est plus formel, je dirais comme cadre.

10 Mais ça présente comme inconvénient que
11 c'est plus loin de la pratique. Donc, à mon avis,
12 si on a un bon programme bien structuré, bien
13 organisé, avec un espace dans les milieux de
14 pratique pour mettre ça en application. Je pense
15 qu'on pense faire quelque chose de vraiment
16 intéressant, parce qu'il y a vraiment une proximité
17 plus grande entre la pratique immédiate, puis la
18 formation qu'on donne aux personnes.

19 Mme DANIELLE TREMBLAY, Commissaire :

20 Je vous remercie beaucoup.

21 LA PRÉSIDENTE :

22 On poursuit avec Jean-Marc Potvin.

23 M. JEAN-MARC POTVIN, Commissaire :

24 Q. **[160]** Alors, bonjour Monsieur Turcotte. Merci
25 d'être avec nous aujourd'hui. Je vais continuer sur

1 le thème de la formation, mais je vais le prendre
2 sous l'angle des compétences requises pour
3 travailler dans ce secteur spécialisé comme la
4 protection de la jeunesse ou auprès des jeunes en
5 difficulté. Plusieurs témoins nous ont parlé de la
6 complexité des situations auxquelles on est
7 confronté dans ce domaine-là et de l'ensemble des
8 connaissances et compétences requises. Vous avez
9 bien démontré que la formation en service social,
10 elle est générale. Donc, elle ne prépare pas
11 véritablement les gens à travailler dans un domaine
12 aussi spécialisé. Vous nous avez parlé du programme
13 national de formation, on a reçu des témoins aussi
14 qui sont venus nous faire l'histoire du PNF. Et à
15 l'origine du PNF, les superviseurs, les chefs de
16 service devaient aussi suivre des formations pour
17 connaître le contenu de ce qui était enseigné aux
18 intervenants et pour s'assurer du transfert des
19 apprentissages, l'intégration des apprentissages.

20 Ce modèle-là, en fait, n'est plus soutenu
21 tel qu'il a été conçu à l'origine. Le carrefour de
22 formation du RUIJ a repris ça, mais à vitesse
23 variable parce que depuis deux mille quinze (2015),
24 de fait, ce n'est plus, ce ne sont plus des
25 formations obligatoires. Comment reprendre le fil?

1 il y a un enjeu, là, pour la qualité des services,
2 pour la sécurité des services, là. Comment
3 reprendre ce fil-là aujourd'hui? C'est une question
4 large que je pose, il y a des actes réservés
5 maintenant, il y a les ordres professionnels
6 impliqués, il y a les universités qui n'ont pas
7 nécessairement pour lequel les cursus ne sont pas
8 nécessairement évolués, dans le sens des actes
9 réservés. Alors, comment reprendre tout ce fil-là
10 pour s'assurer de services de qualité auprès des
11 enfants?

12 M. DANIEL TURCOTTE :

13 R. C'est une bonne question. Je pense que le PNF,
14 c'était très ambitieux au départ. Vraiment, c'était
15 quelque chose et j'ai l'impression que le système
16 s'est un peu essoufflé à le mettre en place.
17 Évidemment, il y a les changements aussi
18 organisationnels qui ont transformé ça. Mais, je
19 pense que des fois on part avec... on fait un peu
20 l'erreur que, t'sais quand on fait de
21 l'intervention. Moi, je, je vais un parallèle, là,
22 mais on va venir après à votre, à la formation.
23 Mais quand on travaille avec les familles qui sont
24 en grande difficulté, on dit la règle, la première
25 règle, c'est de partialiser le problème, découper

1 le problème. Si on essaie de l'aborder dans son
2 ensemble, c'est décourageant. C'est comme faire le
3 ménage dans un garage qui est le bordel total. On
4 regarde ça, puis on dit, on va fermer la porte, on
5 ne touche pas à ça, c'est trop compliqué. Il faut
6 partialiser, commencer par un petit coin, puis
7 faire un petit coin, puis un autre. Puis comme ça,
8 on réussit.

9 Avec les familles, c'est la même chose. On
10 enseigne aux étudiants, découpez les problèmes,
11 prenez ça par petites unités, puis commencez par
12 les unités qui offrent les plus grandes chances de
13 succès. Je dirais la formation, c'est la même
14 chose. On est parti le PNF, c'était très ambitieux,
15 on voulait, tout le monde y pensait, il y avait des
16 programmes génériques, après ça une série de
17 programmes spécialisés. Et finalement, on s'est
18 rendu compte, ça demandait énormément, énormément
19 d'énergie.

20 Peut-être qu'on pourrait d'abord cibler des
21 intervenants. Parce qu'une des principes aussi dans
22 les programmes de formation qui sont efficaces,
23 c'est qu'il faut ajuster la formation au besoin des
24 personnes. Donc, ce n'est pas un intervenant, par
25 exemple, qui a une formation en travail social puis

1 un intervenant qui a une formation en éducation
2 spécialisée, par exemple, ou en psycho-éducation. À
3 mon avis, ils n'ont pas nécessairement les mêmes
4 besoins en termes de formation en milieu d'emploi.
5 Donc, peut-être qu'il y aurait, oui, en fonction,
6 c'est des tâches, les intervenants qui sont en
7 évaluation, ce n'est pas les mêmes besoins que ceux
8 en application de mesures.

9 Donc, peut-être une première étape de faire
10 l'analyse des tâches des personnes qui sont ciblées
11 par la formation, puis après ça, identifier des
12 programmes, je veux dire, à portée réaliste qui
13 offrent des chances de succès et qu'on peut après
14 ça suivre, qu'on peut... Moi, je dirais, il faut
15 presque prévoir plus de temps pour le transfert des
16 connaissances que pour l'enseignement des
17 connaissances. Et souvent, c'est le contraire qu'on
18 fait. On les libère trois jours pour aller se
19 former, mais on ne prévoit rien pour la suite. On
20 devrait peut-être faire l'inverse, libérer une
21 demi-journée, puis prévoir pendant, je ne sais pas,
22 pendant trois-quatre mois la mise en place,
23 l'implantation de ça.

24 Ça fait qu'on pourrait, moi, je pense qu'on
25 pourrait le récupérer en identifiant les besoins,

1 quels sont les besoins de nos intervenants, surtout
2 les jeunes intervenants. C'est ceux-là qui ont le
3 plus de besoin parce que les autres ont par les
4 contacts avec les collègues, par les supervisions
5 cliniques, par les contacts avec les familles, ils
6 ont fini par développer un certain nombre de
7 compétences. Mais les jeunes intervenants - et Dieu
8 sait qu'il y en a, des jeunes intervenants en
9 protection de la jeunesse, puis il y a un roulement
10 important - identifier les besoins, je dirais, de
11 base les programmes de base, puis après ça,
12 commencer avec ça.

13 Donc, on peut relancer ça avec quelque
14 chose de réaliste qui peut nous donner des succès,
15 je dirais. T'sais, je n'ai pas de, je n'ai pas de
16 recette magique. Mais quand le programme national
17 de formation avait été mis en place, les gens
18 disaient, et avec raison, on a là un programme qui
19 répond à... parce qu'on a des connaissances qu'est-
20 ce qui constitue des programmes de formation
21 efficaces en cours d'emploi. Et les gens disaient,
22 on a là un programme qui correspond aux règles des
23 meilleures pratiques en matière de formation et
24 situation d'emploi. Et c'est vrai; théoriquement,
25 le programme répondait. Mais après ça, en

1 application, dans l'application, c'est là que ça
2 fait problème, notamment les activités de transfert
3 aux termes de la formation qui ont été
4 difficilement mises en place pour une foule de
5 raisons dont le débordement de la tâche.

6 Mais il faut... moi, je pense aussi,
7 rentrer comme en mentalité, que la formation, ça
8 s'intègre dans la pratique. Et ce n'est pas quelque
9 chose qu'on fait quand on a le temps. Donc, c'est
10 comme si, t'sais, on ne peut pas dire... c'est un
11 peu comme l'évaluation, l'évaluation des services -
12 je ne parle pas l'évaluation des situations des
13 familles - parfois on a l'impression que c'est un
14 surplus, donc s'il nous reste de l'argent ou s'il
15 nous reste du temps, on le fera. Puis parfois, on
16 voit la formation comme ça, et s'il nous reste du
17 temps et s'il nous reste de l'argent, on
18 développera des activités alors qu'on devrait
19 l'intégrer.

20 Ça fait partie des, t'sais, des
21 interventions inefficaces, là, ça coûte cher, puis
22 ça peut nuire. Donc, il faut évidemment les éviter
23 le plus possible. Une façon de le faire, c'est
24 d'avoir des intervenants mieux formés. Je ne sais
25 pas si je réponds à votre question, là.

1 M. JEAN-MARC POTVIN, Commissaire :

2 Q. [161] En fait, oui, ça répond, mais c'est parce que
3 pour moi, la situation, elle est très préoccupante,
4 selon ce qu'on a entendu comme témoignag. Parce que
5 le PNF n'était pas peut-être pas parfait, mais il
6 disparaît. Le carrefour, on est sur le point de
7 cesser ça. Les cursus académiques dans les
8 universités n'évoluent pas beaucoup dans le sens
9 davantage spécialisation. Et les ordres
10 professionnels, on ne les a encore entendus - on va
11 les attendre, là - mais normalement, il y a une
12 interaction entre les ordres puis les universités
13 pour faire évoluer les cursus académiques. Les
14 programmes de formation d'établissement sont plus
15 basés sur le modèle de la santé physique où c'est
16 des périodes d'orientation, d'accompagnement des
17 infirmières pour travailler en bloc opératoire.
18 C'est bien structuré dans le secteur de la santé,
19 mais pas du tout dans le secteur des services
20 sociaux, et on perd des acquis. Fait que pensez-
21 vous par exemple que les ordres professionnels avec
22 les universités devraient être plus proactifs, là,
23 sur les questions comme celles-là, compte tenu de
24 la responsabilité mutuelle?

25

1 M. DANIEL TURCOTTE :

2 R. Bien, je pense que oui, mais l'expérience que j'en
3 avais, évidemment, là, ça fait déjà quelques
4 années, ça fait quatre ans plus précisément que je
5 suis à l'extérieur du, du milieu universitaire.
6 Mais les rapports entre les universités puis les
7 ordres professionnels ne sont pas toujours
8 harmonieux non, plus et il n'y a pas nécessairement
9 de consensus sur ce qu'est-ce qu'on devrait mettre
10 en place parce que les universités se revendiquent
11 d'une autonomie organisationnelle académique, d'une
12 certaine façon, et les ordres professionnels, bon,
13 revendiquent la possibilité de donner des
14 orientations aux programmes de formation. Donc,
15 idéalement, je pense qu'il devrait y avoir une
16 entente, mais les organismes aussi, il faut qu'ils
17 expriment c'est quoi leurs besoins.

18 Les transmettre aux universités, je pense
19 qu'il peut y avoir une ouverture aussi, c'est
20 parfois complexe. On avait développé à l'Université
21 Laval quelques années un certificat en évaluation
22 gestion du risque, un certificat de deuxième cycle
23 en évaluation, gestion du risque. Nous, on pensait
24 qu'on avait là une contribution intéressante à
25 l'amélioration des compétences des intervenants.

1 Mais évidemment, ça n'avait pas fonctionné parce
2 que les intervenants, il y en a qui ont suivi une
3 cohorte qui s'est formée, mais après ça, les
4 intervenants disaient : c'est quoi mon avantage
5 personnel à suivre ce programme-là? Ce n'est pas
6 reconnu par mon employeur, sur le plan financier,
7 mon employeur me libère à peine pour venir faire
8 mes cours, t'sais. Donc, il y avait des
9 contraintes.

10 Et faut voir aussi quand les gens
11 s'engagent dans des activités de formation, c'est
12 quoi les bénéfices qu'ils peuvent en retirer, il
13 faut qu'eux-mêmes en retirent des bénéfices, elles-
14 mêmes, ces personnes-là qui s'engagent.

15 Donc, je dirais, c'est pour ça que moi, je
16 crois que les organisations, les centres jeunesse
17 ou en tout cas, les structures de centres jeunesse
18 à l'intérieur des CIUSSS, peuvent participer à la
19 formation parce que c'est eux qui peuvent faire
20 ressortir la pertinence pour leurs intervenants
21 d'avoir ça. Parce que même en milieu universitaire,
22 en travail social, on a une formation critique des
23 politiques sociales, puis c'est normal, c'est une
24 formation, t'sais, quand on va à l'université,
25 c'est pour apprendre à critiquer. Et parfois, les

1 étudiants, ils ne démêlent pas nécessairement la
2 critique.

3 Par exemple, la loi sur la protection de la
4 jeunesse, c'est une loi qui appelle à la critique.
5 Quelle est la place de l'État dans l'autonomie des
6 familles, par exemple? On peut se questionner là-
7 dessus, il y a des gens qui se questionnent sur cet
8 aspect-là. Pourquoi cette loi-là, par exemple,
9 touche surtout les familles à faible revenu? C'est
10 toutes ces familles-là qui sont touchées. Bon, est-
11 ce que c'est une loi finalement qui vise à
12 sanctionner un type de famille ou les familles
13 immigrantes? Donc, c'est un questionnement qu'on
14 fait autour de ça.

15 Donc, quand les étudiants se mettent à
16 questionner ça, il y a une partie qui disent moi,
17 je ne veux pas aller travailler en protection de la
18 jeunesse. C'est un univers qui ne m'intéresse pas,
19 puis je ne veux pas en entendre parler, d'une
20 certaine façon. Donc, intégrer ça dans des cursus
21 de formation, ça pose aussi des défis particuliers
22 pour les universités.

23 M. JEAN-MARC POTVIN, Commissaire :

24 Q. [162] C'est ça, mais en même temps, aujourd'hui, il
25 y a des actes réservés dans le domaine des sciences

1 humaines. On ne devrait pas, parce qu'on ne devrait
2 pas préparer les gens pour être capables, qualifiés
3 pour exercer ...

4 M. DANIEL TURCOTTE :

5 R. Moi, je pense que si les employeurs envoyaient un
6 message clair en disant nos professionnels ne sont
7 pas préparés pour exercer les actes qui leur sont
8 réservés, je pense que les ordres professionnels et
9 les milieux de formation devraient, auraient
10 l'obligation d'une certaine façon de réviser leur
11 façon de faire.

12 Parce que c'est ça. Je pense que ce que les
13 organismes mettent de l'avant, c'est qu'il y a des
14 actes réservés, mais les gens ne sont pas outillés
15 pour les réaliser. Donc, on fait quoi à ce moment-
16 là? T'sais, fait que peut-être ça qui devrait, le
17 message qui devrait être envoyé aux ordres
18 professionnels et aux universités, à mon point de
19 vue.

20 M. JEAN-MARC POTVIN, Commissaire :

21 Je vous remercie beaucoup.

22 LA PRÉSIDENTE :

23 Q. **[163]** Moi, j'avais une question, Monsieur Turcotte.
24 Tantôt, vous avez discuté avec une collègue des
25 familles d'accueil - je reviens aux familles

1 d'accueil - donc, qui devraient participer aux...
2 avoir une procédure formelle, participer au projet
3 de vie de l'enfant et tout ça. Et plus loin, vous
4 avez une recommandation aussi qui concerne la
5 formation pour les familles d'accueil. Est-ce que
6 les deux sont liés ou je ne devrais pas faire ça?
7 Sinon, quel type de formation on devrait regarder
8 pour les familles d'accueil?

9 M. DANIEL TURCOTTE :

10 Les deux peuvent être liés d'une certaine façon
11 parce que comprendre c'est quoi l'esprit du projet
12 de vie, comment ça s'inscrit dans la vie de
13 l'enfant, ça, ça peut être un objet qui fait partie
14 des activités de formation pour les familles
15 d'accueil et qui pourrait mieux les outiller à
16 travailler, à participer à l'élaboration du projet
17 de vie, si on veut. Donc, les deux sont liés.
18 Évidemment, la formation devrait être beaucoup plus
19 large que juste la question du projet de vie, mais
20 effectivement, vous avez raison, ça, il pourrait y
21 avoir là un aspect de la formation très
22 intéressant, mieux préparer les familles d'accueil
23 à venir décrire ce qu'elles savent sur les enfants,
24 exprimer leur point de vue, ça, les meilleures
25 options pour cet enfant-là. Puis dans certains cas

1 aussi, prendre une distance par rapport à leur
2 engagement, par rapport à l'enfant. Parce que ce
3 qu'on voit dans les familles d'accueil, c'est
4 toujours ce tiraillement-là. Si on les considère
5 comme nos propres enfants, c'est déchirant quand
6 ils partent, puis si on ne les considère pas, ça ne
7 marche pas, ce n'est pas notre mission, donc c'est
8 toujours, ce difficile l'équilibre.

9 Et la formation peut aborder ces aspects-
10 là. Souvent, les familles d'accueil travaillent
11 travaillent dans l'isolement, isolées les unes des
12 autres. C'est pour ça qu'on parle aussi de
13 formation, mais de lieu de soutien pour les
14 familles d'accueil. Peut-être que ça peut relever
15 de leur... et je pense que les structures d'un
16 groupement en font, développer des activités, mais
17 il faudrait insister là-dessus, peut-être. Je pense
18 que les familles d'accueil ont intérêt à
19 travailler, à se regrouper, à partager ensemble
20 leurs préoccupations.

21 On n'a pas tellement ce réflexe-là. Moi,
22 j'étais un formateur en intervention de groupe,
23 j'ai travaillé beaucoup avec des parents
24 d'adolescents. Et convaincre des personnes de
25 travailler en groupe, c'est compliqué. Parce qu'on

1 a l'impression, nous, que les problèmes, ça ce
2 règle sur une base individuelle. Mais en même
3 temps, quand les jeunes décident de s'engager dans
4 une démarche, ils voient toute la richesse de ça.
5 Parce qu'on peut penser que les gens y vivent
6 toutes les mêmes difficultés, c'est-à-dire, ce
7 n'est pas nécessairement la même difficulté sur le
8 plan de la description, mais c'est la même
9 difficulté sur le plan des émotions que ça nous
10 fait vivre, l'impuissance, le découragement, la
11 remise en question et ces éléments-là. Qu'on soit
12 avec un adolescent qui nous dit : tu ne connais
13 rien dans la vie, puis laisse-moi tranquille, ou un
14 jeune enfant qui se retire quand on veut
15 l'approcher, on vit, les parents vivent la même
16 affaire. Le découragement, l'impuissance, c'est ça,
17 ils peuvent le partager dans des structures de
18 soutien.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Merci, André Lebon.

21 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

22 Bonjour, Monsieur Turcotte. Intéressant
23 aujourd'hui, on a reçu deux professeurs chercheurs
24 qui ont fait des parcours d'analyse de la
25 protection de la jeunesse totalement différents,

1 mais qui arrivent - puis je ne veux pas faire un
2 amalgame de chiffres - mais à deux conclusions qui
3 arrivent au même chiffre et à un constat qui est le
4 même. Vous avez dit, soixante quinze pour cents
5 (75 %) des signalements sont faits par des gens qui
6 connaissent le jeune, dans le fond, école. Mais
7 finalement, quand on arrive à la sécurité
8 développement compromis, il en reste quinze pour
9 cents (15 %). Donc, ça nous ramène à la case départ
10 où ces gens-là, qui connaissaient le jeune, qui
11 sont impliqués avec le jeune, ça serait eux qui
12 devraient offrir un service. Parce que votre
13 conclusion, c'est de dire ces gens-là, là, les non
14 sécurité développement compris, ils ont quand même
15 peut-être besoin d'aide et ils ont besoin de
16 services. Donc, ceux qui peuvent rendre les
17 services sont ceux qui les ont signalés. Le docteur
18 Trocmé, ce matin, nous disait si on allait, si on
19 se concentrait en protection de la jeunesse, qui
20 est une loi d'exception, sur les seules urgences où
21 l'enjeu de sécurité est en cause, c'est à peu près
22 quinze pour cents (15 %) des enfants qui seraient
23 en protection de la jeunesse. Les autres, là, ils
24 sont dans un contexte social où on reconnaît qu'ils
25 ont un besoin de services, mais si on leur donne le

1 service, ils n'auraient peut-être pas tant que ça
2 besoin d'être en protection. Même conclusion.

3 Alors, mais vous, vous avez dit, dans le
4 fond, le soixante quinze pour cents (75 %), ça
5 serait les donneurs de services. Comment est-ce
6 qu'on pourrait, et à quelle condition, redonner à
7 ceux qui signalent les moyens de faire le travail?
8 C'est quand même, comme vous avez dit, des
9 travailleurs sociaux pour l'essentiel, des
10 psychoéducateurs pour l'essentiel. Donc, à peu près
11 la même catégorie d'intervenants qui sont au bout
12 du tunnel quand on arrive en protection de la
13 jeunesse. Je vous écoute là-dessus.

14 M. DANIEL TURCOTTE :

15 Et souvent plus expérimentés. La même catégorie de
16 professionnels est souvent plus expérimentée dans
17 les organismes du milieu qu'en protection de la
18 jeunesse. Donc, c'est à eux qu'ils pourraient
19 donner des services. Je vais vous donner un
20 exemple.

21 Moi, à un moment donné dans ma carrière, je
22 travaillais en milieu scolaire. Au début, j'étais
23 en protection de la jeunesse. Moi, j'ai trouvé ça
24 dur, la protection de la jeunesse, rentrer dans des
25 familles et puis les gens nous voient arriver comme

1 une menace. Je n'étais pas confortable avec ça,
2 j'ai changé de milieu, j'étais en milieu scolaire.
3 Mais un psychologue il était venu me voir à un
4 moment donné en me disant, j'ai devant moi une
5 adolescente qui me dit qu'elle est victime
6 d'inceste. Qu'est-ce que je fais?

7 Parce que lui, évidemment, l'exemple que je
8 prends, c'est que ces gens-là, s'ils prennent
9 contact avec la protection de la jeunesse, ils ne
10 savent pas quoi faire. Ils sont pris devant une
11 situation, ils ne savent pas quoi faire. Mais moi,
12 je lui avais répondu : tu es d'abord en présence
13 d'une adolescente, et ça fait quinze (15) ans que
14 tu travailles avec des adolescents. Aborde-la comme
15 une adolescente en premier. Bon, pour le
16 signalement pour l'inceste, on verra après, mais
17 t'es outillé pour travailler avec cette personne-là
18 parce que c'est une adolescente. Tu ne peux pas
19 sortir de cette analyse-là puis juste la voir comme
20 une personne qui a vécu de l'inceste, ça ne
21 marchera pas. Ce n'est pas sa réalité. Et après ça,
22 on avait vu comment on peut, comment on peut
23 travailler cette réalité-là.

24 Moi, je me dis avec les gens qui signalent,
25 qui sont des acteurs du réseau de services, la

1 police, l'école, les organismes de communauté,
2 s'ils font appel à la protection de la jeunesse,
3 c'est parce que ces personnes-là se sentent
4 démunis, ne savent pas quoi faire. On ne peut pas
5 juste leur dire, ça vous regarde, puis ça ne relève
6 pas de la protection, puis occupez-vous-en. Je
7 pense que là, il faudrait les accompagner. Et
8 souvent, ça peut être pas si long, c'est juste
9 peut-être faire une rencontre ou deux, clarifier
10 qu'est-ce qu'on a comme phénomène, c'est quoi la
11 réalité de l'enfant. Et peut-être, dans certaines
12 situations, les outiller. Voici comment on
13 pourrait, la situation pourrait être abordée. Ça
14 s'arrête là.

15 On ne met pas en place des mesures de
16 protection, on met en place des mesures d'aide par
17 les organismes qui connaissent déjà l'enfant, qui
18 connaissent parfois les parents et qui peuvent
19 agir, mais qui se sentent démunis pour le faire. Et
20 on ne peut pas juste leur dire, ça vous regarde,
21 faites-le. Il faut les accompagner là-dedans, sinon
22 ils ne nous contacteraient pas, il n'y a personne
23 qui va voir d'autres personnes, t'sais, juste pour
24 le plaisir de le faire. Quand on le fait, c'est
25 parce qu'on est devant une situation, si on est

1 insécure, si on est démuni, si on se pose des
2 questions et là, il faut les accompagner.

3 Moi, je dirais il faut... c'est pour ça que
4 tantôt dans une des limites, c'est que la
5 protection de la jeunesse, en principe, ne peut pas
6 intervenir là-dedans légalement. La sécurité de
7 l'enfant n'est pas compromise, il ne peut pas
8 intervenir. Mais si on disait, on va prendre un
9 mandat plus large. Quand qu'il rentre des
10 signalements, si on se rend compte que ça vient
11 des organismes de la communauté, il y aurait peut-
12 être moyen de régler ça autrement. On va voir
13 comment les intervenants de la protection
14 pourraient accompagner ces autres professionnels-là
15 puis voir avec eux qu'est-ce qu'on peut mettre en
16 place dans leur communauté pour intervenir.

17 Mais t'sais, c'est, soit tous les... avec
18 la perception qu'on a de la protection de la
19 jeunesse, ce n'est pas tout le monde qui veut avoir
20 un intervenant de protection de jeunesse à ses
21 côtés quand il rencontre des parents. Ça fait que,
22 ils n'ont peut-être pas besoin d'être là quand ils
23 rencontrent les parents, là.

24 Mais ce que je veux dire, c'est qu'il y a
25 quelque chose à développer dans les perceptions, il

1 y a quelque à changer dans les perceptions. Les
2 intervenants de la protection de la jeunesse, ça
3 peut être aidant, puis ça peut être énorme pour les
4 professionnels, puis en aidant les professionnels,
5 peut-être qu'on va éviter des situations qui se
6 détériorent par exemple. Donc, on peut le faire en
7 les accompagnant, je dirai.

8 LA PRÉSIDENTE :

9 Merci, il nous reste une minute. Est-ce possible?
10 Une dernière question avec Hélène David? Non, je
11 sais, je te lance un grand défi, ça arrive souvent.

12 Mme HÉLÈNE DAVID, Commissaire :

13 Bien, ma, ma prestation ...

14 LA PRÉSIDENTE :

15 De toute façon, tu ne m'écoutes pas, fait que, vas-
16 y.

17 Mme HÉLÈNE DAVID, Commissaire :

18 Q. **[164]** Ma question, c'est comment on en est arrivé
19 là dans le fond, je prends exactement la balle au
20 bond ce que vous avez dit, c'est un peu déprimant
21 quand on vous écoute, mais pas juste vous,
22 l'ensemble de la situation. Comment on est arrivé
23 là, une animosité aussi forte? Parce que pour avoir
24 été pas mal gestionnaire dans le milieu
25 universitaire, je le sais, là, ordres

1 professionnels et cursus universitaires, ça ne se
2 parle pas beaucoup. Comment on en arrivé là qu'on
3 laisse tomber les parents à ce point-là quand il
4 n'y a pas de signalement retenu, ça m'a beaucoup
5 frappée. La réaction des parents face aux
6 signalements ou le non-signalement, puis on les
7 abandonne. Comment on en est arrivé là que ça soit
8 aussi impersonnel, les services puis que vous
9 parlez du Mexique où vous ne parliez même pas la
10 langue, puis vous avez été référé. C'est quand même
11 un pays avec pas mal plus de millions d'habitants
12 qu'au Québec, là.

13 M. DANIEL TURCOTTE :

14 Ah oui.

15 Mme HÉLÈNE DAVID, Commissaire :

16 Q. **[165]** Comment on est arrivé à une telle
17 bureaucratisation et un tel isolement - puis ce
18 n'est pas la faute des intervenants - des uns par
19 rapport aux autres?

20 M. DANIEL TURCOTTE :

21 C'est une bonne question. Je pense que... moi, ce
22 que j'ai vu, je ne peux pas répondre à cette
23 question-là parce que c'est une suite d'événements,
24 mais ce que j'ai vu moi, ce que j'ai vécu sur le
25 terrain quand j'étais intervenant, j'ai été

1 intervenant pendant quinze (15) ans. Ce que j'ai vu
2 après plus à distance, c'est que la protection de
3 la jeunesse depuis son entrée en vigueur est allée,
4 j'ai l'impression, de réforme en réforme, de
5 changements de structure en changement de structure
6 donc. Donc, c'est comme si les gens, à un moment
7 donné, ils perdent un peu, je ne sais pas,
8 confiance dans les autres. Ils s'isolent les uns
9 les autres, puis finalement, pensent qu'ils vont
10 être capables de s'en sortir eux-mêmes. T'sais, une
11 des règles fondamentales entre les familles en
12 grande difficulté ou le fait de partialiser des
13 problèmes, c'est de travailler en collaboration. Et
14 on a l'impression que c'est tout le contraire ce
15 qui se fait que les gens essaient le plus possible
16 individuellement d'aider ces familles-là. Et ce
17 qu'ils font, c'est que les personnes s'épuisent, on
18 ne peut aider ces familles-là. Les besoins sont
19 tellement complexes. Il faut être à plusieurs pour
20 le faire. Il faut se soutenir. Comment on est
21 arrivé là, je pense que ça, ça nous a échappé
22 graduellement. Mais le problème se pose aussi dans
23 d'autres structures, dans d'autres systèmes de
24 protection, on pose exactement, on fait exactement
25 les mêmes constats, on pose les mêmes

1 questionnements. C'est comme si il y avait un
2 éloignement ou des services les uns par rapport aux
3 autres. Ici, si on veut être nostalgique, c'est sûr
4 qu'on peut dire on avait dans le cas des CLSC des
5 services de proximité très forts avec une présence
6 dans les milieux qui aurait pu être une avenue
7 intéressante. Mais, bon, mais, ils ne sont plus là.
8 T'sais, on n'est plus, on ne parlera de ça, on est
9 rendu ailleurs. Faut voir avec maintenant qu'est-ce
10 qu'on peut faire. Mais je pense qu'il faut
11 rapprocher les services des populations. Ça, c'est
12 une chose très, très importante, là, puis peut-être
13 ça va nous aider aussi à changer les mentalités sur
14 la vision de la protection de la jeunesse, voilà.

15 LA PRÉSIDENTE :

16 Merci beaucoup, Professeur Turcotte et vous avez
17 terminé en parlant de proximité, rapprocher des
18 services, mais il y a plein, plein, plein de
19 témoins qui nous ont dit ça de toutes sortes de
20 façons, qu'il fallait rapprocher les services des
21 gens qui en avaient besoin. Merci infiniment et bon
22 retour à Québec. Merci pour vos réflexions.

23 M. DANIEL TURCOTTE :

24 Bien, merci à vous.

25

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Merci.

3 M. DANIEL TURCOTTE :

4 Je vous trouve super courageux de vous adresser à
5 un dossier aussi imposant que la protection de la
6 jeunesse, là, c'est vraiment, je vous félicite à
7 l'avance sur votre travail.

8 LA PRÉSIDENTE :

9 Juste penser aux enfants, ça donne bien du courage.

10 M. DANIEL TURCOTTE :

11 Oui, c'est sûr.

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Eux autres ne sont pas autour de la table.

14 M. DANIEL TURCOTTE :

15 Non.

16 LA PRÉSIDENTE :

17 C'est ça. Alors on va prendre dix (10) minutes, le
18 temps d'installer l'autre témoin. Merci encore.

19 M. DANIEL TURCOTTE :

20 Merci.

21 SUSPENSION DE L'AUDIENCE

22 REPRISE DE L'AUDIENCE

23

24 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

25 Bonjour, Monsieur Esposito. D'abord, notre

1 présidente devait s'absenter pour des raisons
2 personnelles, alors je prends la relève. Et voilà.
3 Donc, on vous accueille, Monsieur Esposito, dernier
4 témoin et non le moindre de la journée. Vous êtes
5 professeur adjoint à l'école de Service social de
6 l'Université de Montréal, professeur associé à
7 l'école de Service social de l'Université McGill et
8 titulaire de la chaire de recherche du Canada en
9 services sociaux pour les enfants vulnérables.
10 Alors, aujourd'hui, vous allez en fin de journée,
11 nous parler de l'importance de l'utilisation des
12 données pour mieux comprendre et améliorer les
13 trajectoires et l'efficacité des services en
14 protection de la jeunesse. Donc, on a soixante (60)
15 minutes ensemble, quinze (15) minutes de
16 présentation, ensuite un échange avec les
17 commissaires. Ça va?

18 M. TONINO ESPOSITO :

19 Ça va.

20 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

21 D'abord, on va vous assermenter.

22

23 Université de Montréal - École de travail social

24

25

1 **TONINO ESPOSITO,**

2 (Sous serment)

3

4 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

5 On vous écoute.

6 M. TONINO ESPOSITO :

7 Merci beaucoup, Monsieur Rivard, pour cette
8 introduction et merci à vous tous et à vous toutes
9 pour l'invitation de me joindre à vous cet après-
10 midi et de partager mes réflexions sur la nécessité
11 de bien documenter et de bien comprendre la
12 trajectoire de service des enfants desservis en
13 Protection de la jeunesse au Québec.

14 Je vais faire suite à la présentation de
15 monsieur collègue Nico Trocmé de ce matin et
16 reprendre son cinquième point, et en faisant
17 référence à un projet de mobilisation de
18 connaissances qui nous a permis de développer des
19 indicateurs longitudinaux et suivre la trajectoire
20 longitudinale de tous les enfants desservis par le
21 système de Protection de la jeunesse au Québec
22 durant les quinze (15) dernières années.

23 C'est un projet de mobilisation de
24 connaissances qui ne se retrouve pas à être une
25 étude ou un projet de recherche ou un programme de

1 recherche. Mais c'est plutôt un projet de transfert
2 de connaissances, un regroupement, un partenariat
3 entre nous, des universitaires, moi et mon collègue
4 Nico Trocmé, mes collègues à l'Institut
5 universitaire jeunes en difficulté; le Centre de
6 recherche universitaire sur les enfants et les
7 familles à Québec, Capitale Nationale; l'Institut
8 national d'excellence en santé et services sociaux
9 qui ont pris la relève de l'Association centres
10 jeunesse du Québec, l'abolition de l'ACJQ à
11 l'époque au moment du remaniement, et qui ont joué
12 un rôle central dans la gouvernance, dans la
13 coordination et dans la diffusion de ces résultats
14 au plan régional et au plan provincial.

15 Les représentants du ministère de la Santé
16 et Services sociaux également qui ont collaboré
17 avec nous, qui ont collaboré avec la Commission de
18 la santé et services sociaux des Premières Nations
19 du Québec et Labrador, qui ont chapeauté, qui ont
20 eu l'idée, l'analyse sur la surreprésentation des
21 enfants de Premières Nations comparativement à des
22 enfants non autochtones, et je vais vous présenter
23 quelques faits saillants de ces travaux
24 aujourd'hui. Une première à répondre à des
25 recommandations de la Commission sur la vérité et

1 réconciliation.

2 Ainsi que tous les directeurs et
3 directrices de Protection de la jeunesse au Québec.
4 Je vois autour de la table que vous avez des
5 champions de ce projet également, monsieur Potvin
6 et madame Hill, qui sont engagés à plusieurs
7 reprises dans l'appropriation de leurs propres
8 données régionales et qu'au moment du remaniement
9 étaient en train de s'identifier entre eux pour
10 commencer un processus de bien comprendre les
11 variations régionales dans la trajectoire de
12 services des enfants desservis. Un projet
13 extrêmement innovant, novateur au plan pancanadien,
14 qui s'est effrité depuis le remaniement, qui a pris
15 fin.

16 Ça veut dire qu'au moment qu'on se parle
17 aujourd'hui, nous ne sommes pas capables, puis nous
18 n'étions jamais vraiment capables de documenter, de
19 façon annuelle, systématique et récurrente, la
20 trajectoire des services des enfants desservis en
21 Protection de la jeunesse. Autrement dit, nous
22 sommes incapables de répondre des questions de base
23 concernant une sous-population qui représente une
24 des plus vulnérables dans notre société.

25 Parmi tous les enfants signalés et retenus,

1 desservis en Protection de la jeunesse, combien
2 finissent à être placés en milieu substitut? C'est
3 quoi la durée de ce placement? C'est quoi la
4 stabilité de ce placement? Combien de ces enfants,
5 combien de ces enfants vont retourner chez eux,
6 vont vivre une réunification familiale? Et c'est
7 quoi la stabilité de cette réunification familiale?
8 Combien de ces enfants desservis au Québec en
9 Protection de la jeunesse sont victimes d'un acte
10 de commission une deuxième fois, une troisième
11 fois, une quatrième fois?

12 Ou, comme le témoignage de mon collègue Nico
13 Trocmé ce matin, la grande majorité des enfants
14 desservis en Protection de la jeunesse, c'est des
15 enfants avec des besoins chroniques, une panoplie
16 de difficultés qui entourent ces familles-là, qui
17 ne sont pas nécessairement des actes de commission,
18 mais ça tombe dans la nomenclature souvent de la
19 négligence. Combien de ces enfants deviennent des
20 enfants desservis de façon continue et chronique
21 par le système de Protection de la jeunesse, par un
22 système qui devrait être un service d'exception au
23 détriment de la disponibilité, l'accessibilité des
24 services qui pourront aider ces familles et
25 provenir des services de Protection de la jeunesse?

1 Des questions de base concernant une sous-
2 population qui représente une des plus vulnérables
3 dans la société. On n'est pas capable de répondre
4 de façon annuelle, systématique et récurrente au
5 Québec. Qui veut dire que, sans ces informations,
6 la Direction en protection de la jeunesse et des
7 prises de décisions se font en grande partie axées
8 sur des modèles théoriques ou l'expérience de
9 pratique, sur des statistiques transversales qui
10 ont une tendance de sous-représenter les enfants
11 qui reçoivent des services à très long terme et
12 sous-représenter la grande majorité des enfants qui
13 viennent en contact avec le système de Protection
14 de la jeunesse qui ne finit jamais dans cette photo
15 de données.

16 Alors, les bilans de la DPJ quand on
17 regarde le trente et un (31) mars puis on regarde
18 combien d'enfants sont placés en milieu substitut,
19 mais ces enfants, c'est juste une sous-population
20 de l'ensemble d'enfants desservis en Protection de
21 la jeunesse qui ne paraît jamais dans cette photo
22 de données.

23 Et finalement, des variations dans l'offre
24 de service qui varie à travers les juridictions. Et
25 on a une tendance de se pencher sur d'autres

1 juridictions, sur d'autres programmes, d'autres
2 interventions dites innovantes où il y a une
3 variation nette dans l'offre de service et
4 l'admissibilité de ces dernières au service de
5 Protection de la jeunesse et où on doit faire une
6 petite mise en garde.

7 Alors, très brièvement. En deux mille six
8 (2006), deux mille sept (2007) Nico Trocmé et moi,
9 nous avons débuté un projet avec les centres
10 jeunesse et de la famille Batshaw à l'époque. Un
11 projet qui, éventuellement, s'est rendu à la
12 province, à l'exception de la région 17 et 18,
13 Nunavik et les Cris de la James Bay. Nous avons...
14 qui n'avaient pas le système informatique PIJ
15 (projet intégration jeunesse) et SIRTF (qui
16 représente système d'information sur les ressources
17 intermédiaires et de type familial), c'est là où on
18 va documenter les placements des enfants. Ces
19 régions n'avaient pas ces systèmes-là, ils ne
20 pouvaient pas répondre à la demande, mais étaient
21 engagés dans les discussions et à quelques
22 occasions au niveau de la discussion des
23 indicateurs, la nécessité de documenter de façon
24 longitudinale les services de leurs enfants
25 desservis.

1 Bref, un travail de longue haleine de
2 quatre à cinq ans où on a développé des indicateurs
3 qui représentent (inaudible) du bien-être de
4 l'enfant, qui se retrouvent à être l'équilibre
5 complexe que les gestionnaires ont besoin de
6 maintenir entre la sécurité et la protection de
7 l'enfant, entre le bien-être, son bien-être à long
8 terme entre la continuité et la stabilité de
9 placement de ces enfants en milieu substitut, entre
10 la capacité des parents à répondre aux besoins de
11 ces enfants et entre la capacité plus large de la
12 communauté pour répondre aux besoins de ces
13 enfants.

14 Parmi ces phases de sécurité bien-être,
15 permanence, soutien et famille communautaire, nous
16 avons développé une panoplie d'indicateurs et nous
17 avons échoué dans le développement d'autres. Et je
18 peux aborder davantage pourquoi nous ne sommes pas
19 capables encore aujourd'hui de décrire la
20 scolarisation de nos jeunes desservis en Protection
21 de la jeunesse.

22 Parmi les indicateurs que nous avons
23 développés, finalement, on a débuté avec quatre
24 cohortes. Alors, la première... Désolé si ça se
25 retrouve à être la deuxième ici sur la diapositive.

1 Mais la première, c'est la cohorte service.

2 Et la cohorte service. C'est tous les
3 enfants qui viennent en contact avec le système de
4 Protection de la jeunesse avec un signalement
5 retenu pour la première fois avec aucun signalement
6 retenu dans les douze (12) mois précédents. Alors,
7 on prend les enfants 0-14 ans dans une année
8 fiscale qui rentrent avec un signalement retenu.
9 Aucun signalement retenu dans les douze (12) mois
10 précédents, on les suit pendant trente-six (36)
11 mois, trois ans, et on se demande combien de ces
12 enfants finissent à être placés en milieu
13 substitut, combien ont une judiciarisation, combien
14 de jeunes 12-14 ans ont également des services
15 jeunes contrevenants à cause des délits. Alors, on
16 voit ici qu'on suit plus que deux cent sept mille
17 (207 000) enfants entre deux mille deux jusqu'en
18 deux mille dix-sept (2002-2017).

19 La cohorte placement. On prend tous les
20 enfants placés pour la première fois avec aucun
21 placement précédent dans les douze (12) mois et on
22 les suit pendant trente-six (36) mois et on se
23 demande c'est quoi la stabilité de ces placements,
24 c'est quoi la durée de ces placements et combien
25 finissent avec une réunification familiale. Bien

1 évidemment, la majorité finit avec une
2 réunification familiale.

3 Et une fois les réunifications familiales,
4 on prend tous les enfants réunifiés pour la
5 première fois durant une année fiscale puis on les
6 suit pendant douze (12) mois, et on se demande
7 combien reviennent, sont replacés de nouveau.
8 Qu'est-ce qu'on appelle un ballottage entre le
9 placement, la réunification et un remplacement.

10 Et finalement, la cohorte récurrence. C'est
11 une fois qu'on est desservi en Protection de la
12 jeunesse avec un dossier fermé, on suit à partir de
13 la fermeture de ce dossier pendant douze (12) mois
14 et on se demande combien de ces enfants reviennent
15 avec un signalement retenu, fait fondé, sécurité,
16 développement compromis, une récurrence d'une
17 situation... d'une autre prise en charge en
18 Protection de la jeunesse.

19 Alors, juste pour vous donner une idée des
20 cohortes. Aujourd'hui, à titre d'exemple, et très
21 brièvement, je vais vous parler de la trajectoire
22 de placement. Alors, à partir du moment où un
23 enfant vient en contact avec le système de
24 Protection de la jeunesse à travers un signalement
25 retenu, vingt point six pour cent (20,6 %) de ces

1 enfants finissent à être placés à l'intérieur de
2 trois ans.

3 On suit même... Ici, c'est 0-14 ans, mais
4 on a regardé 0-17 ans. Et 0-17 ans, on monte le
5 pourcentage à vingt-deux point six pour cent
6 (22,6 %). C'est-à-dire, la grande majorité des
7 enfants desservis en Protection de la jeunesse ne
8 finissent pas à être placés en milieu substitut à
9 partir d'un signalement retenu.

10 Mais qu'est-ce qu'on voit ici à gauche,
11 c'est parmi les enfants placés, on regarde ici à
12 gauche, on regarde les motifs au signalement
13 retenu, et qu'est-ce qu'on voit ici, qui est quand
14 même assez parlant pour nous, c'est presque un sur
15 deux des appels qui rentrent au Québec pour des
16 signalements qui deviennent des signalements
17 retenus au Québec, presque un sur deux pour des
18 raisons de trouble de comportement, vont finir à
19 être placés en milieu substitut. Alors, c'est un
20 peu comment on lit ce graphique ici à votre gauche.

21 Et à votre droite, vous avez un effet
22 combiné. On a les adolescents finalement, quand on
23 a fait des analyses plus poussées avec 0-17 ans, on
24 voit que le volume, c'est vraiment les adolescents
25 suivis avec les nourrissons, les jeunes, jeunes

1 enfants, les nouveau-nés. Et la raison pour
2 laquelle... la raison qui prédit le placement,
3 c'est complètement différent pour les adolescents
4 comparativement aux nourrissons puis on peut
5 aborder ces questions-là davantage à la période de
6 questions. Je viens de recevoir une indication
7 qu'on a cinq minutes.

8 Alors, la stabilité. La grande majorité des
9 enfants vivent une stabilité. Puis intéressant ici
10 que la stabilité, le taux des placements reste
11 quand même assez stable. Puis il l'était également
12 au moment de la modification de la Loi en deux
13 mille sept, deux mille huit (2007-2008), que dix-
14 sept pour cent (17 %) des enfants vont vivre des
15 déplacements, plus que quatre déplacements. Si on
16 regarde à trois déplacements, c'est vraiment à
17 trois déplacements qu'on commence à voir une
18 tendance de vivre des déplacements plus tard, et
19 c'est vingt-huit pour cent (28 %) des enfants
20 placés.

21 Au niveau de la prédiction des
22 déplacements, c'est vraiment des jeunes de troubles
23 de comportement, les 10-13 ans. Ici, à noter
24 vraiment que les 10-13 ans vont vivre une
25 trajectoire... L'âge de l'entrée de placement, un

1 enfant qui est placé entre l'âge de dix (10) et
2 treize (13) ans va vivre un parcours d'instabilité.
3 Ce n'est pas les jeunes enfants. Ce n'est pas
4 nécessairement les vieux. Les vieux vont vivre une
5 instabilité également, mais c'est vraiment ce
6 groupe d'âge, 10-13. Et souvent quand on pense à
7 l'intervention en Protection de la jeunesse, on
8 vise des interventions pour des jeunes, jeunes
9 enfants. Pour les vieux et les jeunes qui sont en
10 transition vers la vie adulte, bien ce groupe est
11 souvent oublié dans notre intervention. Puis c'est
12 un groupe qui se retrouve à avoir une trajectoire
13 de déplacements qui est plus probable que les
14 autres.

15 La grande majorité des enfants finissent
16 avec une réunification familiale. Cette
17 réunification familiale n'est pas stable pour un
18 tiers des enfants. Alors, un tiers des enfants
19 réunifiés vont finir avec un bris de réunification
20 et un remplacement à l'intérieur de douze (12) mois.
21 Et ça se fait en grande partie, vous voyez ici un
22 peu à droite, les nourrissons ont un temps de
23 remplacement qui est beaucoup plus vite que les
24 autres, les autres catégories d'âge.

25 Finalement, comment est-ce qu'on comprend

1 ces variations. Alors, ça, c'est un peu un tableau
2 de bord. Je ne vais pas vous expliquer les données
3 ici. Mais c'est un tableau de bord que les régions
4 reçoivent. Ici, c'est un tableau de bord pour la
5 province. Et, là, l'importance de comprendre les
6 variations dans le temps et entre l'indicateur.
7 Alors, si on met en place un programme,
8 l'accompagnement familial, par exemple, pour
9 promouvoir la réunification familiale, on veut
10 s'assurer qu'on n'augmente pas le taux de bris de
11 réunification et qu'il y a une stabilité à ce
12 niveau-là, sinon même une baisse.

13 Si on a des interventions au niveau du
14 placement, on va porter attention au niveau de la
15 récurrence, et caetera. Une variation avec le temps
16 et une variation à travers les juridictions,
17 comment est-ce qu'on comprend ces variations. Et,
18 là, on se lançait dans des études pour comprendre
19 les différences méthodologiques qui, en grande
20 partie, vont porter sur la durée de service, sur la
21 définition de service. Vous voyez ici un peu la
22 réunification, qu'est-ce que vous voyez en bleu. Et
23 qu'est-ce que vous voyez en gris, c'est cette
24 catégorie « autre » qui était une fin de placement.

25 Alors, quand on a commencé ces travaux, on

1 a réalisé qu'il y avait des jeunes enfants de 0-1
2 an qui avaient une finalité de placement qui était
3 autre. Alors, l'enfant n'était pas réunifié,
4 n'était pas placé, n'était pas adopté, mais il
5 était autre. Alors, c'est un peu une qualité de
6 saisie de données. Si on prend ces qualités de
7 saisie de données en considération, on voit qu'on
8 réduit la variation de soixante-treize pour cent
9 (73 %) à beaucoup moins.

10 Il y a une partie des variations qu'on
11 retrouve au niveau régional qui sont dues à la
12 qualité de données, la saisie de données, qui sont
13 dues aux différences dans les variations à la
14 durée. Vous avez juste à faire référence au rapport
15 que je trouve extraordinaire de la vérificatrice
16 générale du Québec qui vous montre très clairement
17 à quel point on a une variation dans les durées de
18 service à travers trois régions. Si on regarde à
19 travers les seize (16), on va noter exactement ces
20 mêmes variations. Il y a des variations qui vont
21 influencer le taux de signalements récurrents, et
22 caetera.

23 Finalement, des variations populationnelles
24 ici, on voit à quel point les vulnérabilités
25 socioéconomiques et des besoins de la population.

1 Si on prend les besoins des Premières Nations, par
2 exemple, on voit à quel point ils sont sous-
3 représentés à travers tout le service en Protection
4 de la jeunesse, à partir d'un signalement retenu où
5 ils sont quatre fois... ils ont un taux pour mille
6 (1000) qui est quatre fois plus élevé que les
7 enfants non autochtones. Ça monte à six fois plus
8 élevé au niveau de SDC (sécurité développement
9 compromis), mesures judiciaires, maintien des
10 services. Ça va jusqu'à huit fois plus élevé pour
11 placement; neuf fois plus élevé pour la récurrence.

12 Et cette disparité existe dans la
13 communauté comme en dehors de la communauté. Alors,
14 ce n'est pas juste les enfants sur réserve. C'est
15 des enfants qui... la disparité existe même en
16 dehors de la communauté. Et juste pour vous montrer
17 un peu, très brièvement, des corrélations entre des
18 vulnérabilités socioéconomiques et la Protection de
19 la jeunesse, puis on a fait une panoplie d'études
20 qui nous montre à quel point ces vulnérabilités
21 populationnelles influencent qu'est-ce qu'on voit
22 dans la variation à travers la Protection de la
23 jeunesse.

24 Et finalement, nous voulons porter
25 attention à des approches innovatrices. Alors, je

1 vais juste me rendre aux recommandations. Des
2 approches innovatrices pour comprendre les écarts
3 d'efficacité. Et avec les écarts d'efficacité se
4 joint également un manque notable sur l'efficacité
5 des services en Protection de la jeunesse.

6 Alors, au-delà de juste le processus en
7 Protection de la jeunesse, qu'est-ce qu'on comprend
8 de notre impact au niveau du fonctionnement de la
9 famille, au niveau du fonctionnement de l'enfant,
10 alors, c'est à quel point ces indicateurs sont
11 nécessaires, mais insuffisants pour comprendre
12 vraiment, est-ce que notre intervention va
13 améliorer le bien-être de l'enfant.

14 Et mes recommandations finalement, c'est de
15 soutenir le développement d'une infrastructure qui
16 permet la gouvernance provinciale dans un processus
17 d'appropriation sur les trajectoires; l'efficacité
18 des services en Protection de la jeunesse; et plus
19 précisément, plus spécifiquement d'assurer le
20 développement de suivi clinique, d'indicateurs
21 longitudinaux sur les trajectoires de service en
22 Protection de la jeunesse pour mieux comprendre les
23 différences qui découlent des variations dans le
24 temps et entre juridictions dans le processus lié à
25 l'évaluation et l'orientation; de mieux comprendre

1 les différences dans le temps et entre juridictions
2 au niveau des besoins de la population jeunesse; de
3 mieux comprendre les différences qui découlent des
4 variations de services propres à chaque
5 établissement; d'autres services concertés en amont
6 et en aval de la prise en charge en Protection de
7 la jeunesse; et mieux comprendre l'efficacité des
8 services en lien avec le fonctionnement et le bien-
9 être de l'enfant dans le contexte de Protection de
10 la jeunesse; et le tout en favorisant un
11 partenariat panquébécois, universitaire,
12 ministériel et régional avec des organismes et des
13 communautés racisées des Premières Nations, Métis
14 et Inuits.

15 Alors, avec ça, je vous remercie pour votre
16 attention. Je suis vraiment désolé, j'ai passé mon
17 temps.

18 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

19 Ça va.

20 M. TONINO ESPOSITO :

21 Et je vous encourage de continuer à développer
22 cette culture de questionnements pour mieux servir
23 nos enfants. Merci.

24 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

25 Alors merci, Monsieur Esposito, de cette très dense

1 présentation. Je suis sûr que ça a soulevé beaucoup
2 de questions chez les commissaires. On va commencer
3 le bloc d'échanges avec madame Tremblay. Merci.

4 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

5 Q. **[166]** Bonjour, Monsieur Esposito.

6 R. Bonjour.

7 Q. **[167]** On va tenter de digérer l'ensemble des
8 données. C'est un plat très bien garni qu'on a
9 besoin de s'approprier. Vous savez, l'article 4 de
10 la Loi sur la protection de la jeunesse parle
11 vraiment de l'importance de la stabilité pour les
12 enfants. Pourriez-vous, à travers tout ce que vous
13 nous avez présenté, nous illustrer qu'est-ce que
14 les données peuvent nous... comment on doit
15 comprendre ce concept de stabilité-là pour les
16 enfants à travers les études, les données que vous
17 nous avez soumises?

18 R. Oui. Bien, le premier des constats, c'est vraiment
19 qu'est-ce qui nous a surpris beaucoup en faisant
20 des analyses populationnelles, des analyses pour
21 l'ensemble des enfants, c'est que la stabilité en
22 grande partie, à quel point les jeunes enfants de
23 10-13 ans vont vivre un parcours instable au niveau
24 du placement en milieu substitut, première des
25 choses, et en grande partie lié avec les troubles

1 de comportement.

2 Et si on se penche sur la littérature,
3 c'est souvent des enfants, si on fait référence à
4 Jonson-Reid, DePanfilis, par exemple, comme
5 d'autres. C'est souvent des enfants qui ont vécu un
6 parcours très problématique dans leur jeunesse et
7 en grande partie lié avec cette nomenclature de la
8 négligence, des bases chroniques et continues. Ces
9 auteures ont fait la démonstration à quel point ces
10 enfants rendus à l'adolescence vont faire une
11 manifestation de troubles de comportement. Et ici,
12 au Québec, quand c'est assez sévère, que ça
13 compromet leur sécurité ou d'autres, c'est une
14 raison d'intervenir auprès des services de
15 Protection de la jeunesse. Et on voit ici à quel
16 point ils vont vivre un parcours instable.

17 Aussi à noter dans les 10-13 ans, c'est que
18 les programmes à l'intérieur de la Protection de la
19 jeunesse ne sont pas nécessairement toujours
20 définis pour cette population où on a beaucoup de
21 programmes qui visent des jeunes, jeunes enfants et
22 d'autres des adolescents n'est pas nécessairement,
23 c'est entre-deux.

24 Ceci dit, la stabilité mesurée comme on le
25 mesure ici dans le milieu substitut à un certain

1 point devient une mesure binaire. Alors, si un
2 enfant vit dans une maison ou dans une famille qui
3 ne répond pas aux besoins de cet enfant, on
4 voudrait déplacer cet enfant. On ne veut pas, dans
5 l'esprit de minimiser les déplacements ou
6 l'instabilité, garder un enfant dans un milieu qui
7 ne répond pas à ses besoins.

8 L'instabilité également en chiffres bruts
9 devrait être décortiquée davantage. Alors, si on
10 prend deux adolescents qui sont placés en famille
11 d'accueil, qui déplacent en foyer de groupe, puis
12 un qui est relogé en famille d'accueil, bien, lui
13 qui est relogé en famille d'accueil vit plus
14 d'instabilité en chiffres, vit deux déplacements,
15 comparativement à l'autre qui reste en foyer de
16 groupe. Bien, sur le continuum d'un enfant, sur le
17 fonctionnement d'un enfant, laquelle des deux
18 trajectoires est mieux. Alors, on devrait se poser
19 cette question-là.

20 La stabilité également devrait être quelque
21 chose plus que juste des placements en milieu
22 substitut. Alors, à quel point est-ce qu'un enfant
23 peut fréquenter les mêmes écoles, peut fréquenter
24 la même école, peut être entouré avec les mêmes
25 groupes de pairs, à quel point est-ce qu'il y a une

1 continuité d'intervenants auprès de cet enfant-là.
2 Les enfants placés en milieu substitut qui vont
3 développer des relations avec des intervenants, qui
4 vont développer des relations de confiance qui se
5 cassent, parce qu'on change d'équipe, on change
6 d'intervention. Alors c'est une instabilité
7 également pour cet enfant-là.

8 Et finalement, l'instabilité qui cause avec
9 le ballottage, l'aller-retour entre des
10 réunifications anticipées, des échecs de
11 réunification et des replacements qui souvent sont
12 associés avec des jeunes enfants. Et qu'est-ce
13 qu'on voit maintenant avec des analyses, que je
14 n'ai pas publiées encore, mais que je fais, pas
15 confirmées encore, mais on voit un effet de Loi au
16 niveau de la durée du placement pour les enfants
17 qui ont vécu un échec de réunification où, après la
18 loi, après l'introduction des durées maximales
19 d'hébergement, on voit des durées de placement
20 beaucoup plus courtes qu'avant la loi pour des
21 enfants qui ont un bris de réunification, qui
22 s'alignent vers une hypothèse qu'il y a vraiment
23 une réunification anticipée qui est en lien avec
24 peut-être des durées maximales d'hébergement qui
25 ont été introduites dans la Loi.

1 Alors, à quel point est-ce qu'une mesure
2 comme ça pour assurer la stabilité cause, peut-être
3 pas utiliser le mot « cause », mais influence peut-
4 être une instabilité, un ballottage ou peut-être
5 une réunification anticipée. C'est à confirmer.

6 Q. **[168]** Par des réunifications plus rapides...

7 R. Oui.

8 Q. **[169]** ... ou peut-être trop rapides qui
9 introduisent des facteurs.

10 R. Tout à fait.

11 Q. **[170]** Jusqu'à présent, on a eu vraiment plusieurs
12 témoignages qui nous ont parlé de la nécessité
13 d'investir en prévention dans les services de
14 première ligne, dans les services de proximité.
15 Particulièrement dans les situations de familles en
16 contexte de vulnérabilité, qu'est-ce que vos
17 études, les données nous enseignent par rapport à
18 l'intervention plus précoce finalement?

19 R. Le risque accru au niveau de développement d'un
20 enfant n'est pas uniquement associé à la famille.
21 Ça, c'est qu'est-ce que j'apprends un peu des
22 apprentissage que je retire des études qu'on fait
23 présentement. Que ce soit la nomenclature de la
24 négligence en grande partie, mais déjà en partant,
25 la théorie, l'étiologie en arrière de tout ça, même

1 si c'est très complexe à comprendre parfois, se
2 retrouve à être vraiment dans des modèles qu'on
3 appelle « parental deficit », des manquements au
4 niveau parental, « environmental deficit », des
5 manquements au niveau environnement de cet enfant,
6 et le mélange des deux, à travers d'un modèle
7 écosystémique.

8 C'est de la même façon où j'amène ce point
9 que le fonctionnement, le développement de
10 l'enfant, oui, absolument, il y a un déficit au
11 niveau parental, un manquement au niveau parental.
12 Mais ça inclut également la disponibilité,
13 l'accessibilité des services qui entourent cet
14 enfant-là, la capacité de la famille à accéder à
15 ces services, la mobilité, le transport, les santés
16 mentales, santés physiques, tous ces services qui
17 pourront aider à la fois les parents comme les
18 enfants.

19 La scolarisation également. Et à quel point
20 ces services pourront aider ces enfants et aider
21 dans la trajectoire d'un enfant. Alors, c'est très
22 clair pour moi qu'il y a un effet, un regroupement
23 également de ces vulnérabilités qui se retrouvent
24 associées souvent avec des familles avec enfant en
25 situation de grande vulnérabilité. On avait vu...

1 j'avais le graphique ici à travers des territoires
2 CLSC, et on regarde un indice socioéconomique
3 pondéré pour les enfants zéro 0-17 ans; des
4 proportions d'enfants - naissance à faible poids;
5 la santé mentale des jeunes; le retard scolaire au
6 primaire; le décrochage au secondaire, et tout ça
7 ensemble prédit une hausse dans un indice
8 d'intensité de services en Protection de la
9 jeunesse que nous avons créés pendant dix (10) ans,
10 de presque linéaire. Ça explique presque soixante-
11 huit pour cent (68 %) de la variation à travers les
12 CLSC. Bien évidemment, ce n'est pas beaucoup de
13 variables ici, ici à travers les CLSC.

14 Mais avec des modèles plus poussés,
15 longitudinal à multi niveaux que nous avons faits,
16 nous pouvons confirmer que, au-delà de tous les
17 facteurs qu'on voit au niveau de l'enfant et la
18 famille, que la vulnérabilité socioéconomique
19 explique plus cinquante-sept pour cent (57 %) la
20 variation pour les jeunes enfants au niveau du
21 placement 0-4 ans et plus que trente-huit pour cent
22 (38 %) pour les enfants 5-11 ans.

23 Et ça explique également une baisse de la
24 probabilité de réunification dans l'ordre de plus
25 de vingt pour cent (20 %) pour les enfants,

1 incluant même les enfants plus vieux. Alors, c'est
2 clair qu'il y a un regroupement de vulnérabilités.
3 C'est clair que le risque au niveau du
4 développement et le fonctionnement de l'enfant va
5 au-delà de juste la famille et doit inclure l'accès
6 à des services qui pourront être aidants pour ces
7 familles et ces enfants.

8 Q. **[171]** Et également, je présume, les politiques
9 sociales?

10 R. Hum, hum.

11 Q. **[172]** Parce que vous parlez beaucoup des facteurs
12 déterminants de la santé.

13 R. Tout à fait. Puis je ne veux pas prendre beaucoup
14 de temps là-dessus. Mais juste pour faire référence
15 au témoignage de monsieur Camil Bouchard, il a
16 débuté avec tous les programmes quand même assez
17 novateurs ici au Québec. Et on a une approche
18 sociodémocratique qui fait beaucoup pour réduire
19 les effets de l'exclusion sociale, la pauvreté sur
20 notre population vulnérable. On le voit avec juste
21 le coefficient Gini de l'inégalité de revenus entre
22 le revenu reçu et après qu'on va redistribuer à
23 partir des taxes, l'argent dans les services, on
24 voit la réduction de l'inégalité qui, au niveau de
25 la proportion, est une des plus élevées au niveau

1 pancanadienne. On s'arrime avec Nouveau-Brunswick,
2 Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, mais on est
3 beaucoup plus bas que les autres provinces quand on
4 prend en considération la redistribution de cet
5 argent-là vers les services pour nos familles.

6 Ceci dit, « the poorest of the poor »,
7 c'est une terminologie qui existe maintenant dans
8 les années soixante (60). Si ces familles, ces
9 enfants, c'est pas eux qui vont recevoir
10 nécessairement ces services universels. C'est pas
11 eu qui vont avoir la capacité d'accéder à ces
12 services même s'ils sont disponibles. Même le
13 transport, d'accéder le transport pour se rendre à
14 un rendez-vous en CLSC peut être problématique pour
15 une mère monoparentale avec deux enfants, et
16 caetera. Alors, c'est l'accessibilité dans ma
17 connaissance, à partir de qu'est-ce qu'on connaît
18 du travail qu'on a fait jusqu'à aujourd'hui, ça
19 porte vraiment sur la disponibilité,
20 l'accessibilité et l'efficacité.

21 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

22 Parfait. Alors, on passe à un bloc d'échange avec
23 Jean-Simon Gosselin.

24 M. JEAN-SIMON GOSSELIN, commissaire :

25 Q. [173] Oui, merci. Ma première question, Monsieur

1 Esposito, c'en est une pour essayer de bien
2 comprendre, là. Est-ce que vous nous dites,
3 essentiellement, qu'on n'a pas de données
4 longitudinales sur les jeunes en Protection de la
5 jeunesse, particulièrement ceux qui sont hébergés
6 ou placés? Et on n'a pas de données non plus sur
7 qu'est-ce que donnent les services offerts en
8 Protection de la jeunesse, est-ce que j'ai bien
9 compris, là, ou c'est...

10 R. Oui, alors laissez-moi juste vous dire qu'on est
11 très riches en matière de données en Protection
12 jeunesse, et on est très pauvres dans l'utilisation
13 de ces données pour établir la trajectoire des
14 services, des enfants desservis. Alors, nous avons
15 un système informatique qui est un des meilleurs,
16 qui se retrouve au niveau pancanadien. Je travaille
17 avec d'autres territoires maintenant et d'autres
18 provinces au niveau le système et puis on est
19 vraiment riches en données, mais c'est
20 l'utilisation de ces données. C'est le traitement
21 de ces données, le fusionnement de ces données avec
22 d'autres bases de données pour éventuellement
23 développer ces trajectoires. Et c'est là
24 l'investissement qui se fait et je vois très bien
25 la volonté et la motivation du ministère, je vois

1 très bien la capacité également des gens qui nous
2 entourent dans le réseau, mais au moment qu'on se
3 parle, on ne produit pas une information de façon
4 annuelle systématique et récurrente et on ne
5 produit pas une information qui est accessible au
6 grand public alors.

7 À l'époque, quand on avait travaillé, je me
8 rappelle encore, avec Nico, on avait « National
9 Outcome Metrics », on avait un groupe où on se
10 rencontrait avec toutes les provinces au Canada
11 pour justement essayer de répondre quelques
12 questions en commun à travers des juridictions au
13 Canada. Puis je me rappelle le moment où on a été
14 capable de bâtir la base provinciale au Québec, il
15 y avait d'autres juridictions comme la Colombie-
16 Britannique, qui étaient de loin capables de
17 produire l'information qu'on produisait ici au
18 Québec, que maintenant ils sont en train de
19 produire l'information puis même le publier de
20 façon publique. Alors, vous voyez et ça, c'est un
21 exemple de la Colombie-Britannique, où ils sont en
22 train de regarder ici « Closed Family Development
23 Response » et « Substantiated and Investigation and
24 Protection Findings in the next 12 months ». Alors,
25 c'est une forme de récurrence longitudinale publiée

1 et accessible de façon publique. Alors, vous voyez
2 un peu le progrès. Ici, on a les données, on a les
3 gens avec la capacité, mais pas nécessairement
4 l'infrastructure qui nous permet de maximiser
5 l'opportunité d'utiliser ces données de façon
6 longitudinale.

7 Q. **[174]** En fait, quand vous dites « on a les
8 données », c'est le déploiement il y a peut-être
9 quinze (15), dix-huit (18) ans, vingt (20) ans, je
10 ne me souviens plus, du projet Intégration jeunesse
11 ou l'informatisation des dossiers dans les centres
12 jeunesse, la banque est là.

13 R. Oui.

14 Q. **[175]** Parce que les intervenants mettent beaucoup
15 de temps à rentrer...

16 R. Tout à fait.

17 Q. **[176]** Oui. Mais comme vous dites, l'exploitation
18 n'est pas optimale. À part des photos, combien
19 d'enfants...

20 R. C'est ça.

21 Q. **[177]** Bon. Est-ce que ça, là, je vous amène un peu
22 sur ce que... d'abord, est-ce que c'est particulier
23 au système Protection de la jeunesse ou c'est une
24 réalité, ça, à tous les services sociaux qui
25 distribuent au Québec?

1 R. Je dirais oui, absolument. Je dirais ce n'est pas
2 propre à la Protection jeunesse et je connais un
3 peu moins, mais la base CLSC n'est pas plus
4 avancée, selon ma connaissance. Et je crois
5 fortement... je fais témoignage et je fais
6 référence au témoignage de madame Jobin pour
7 laquelle elle fait référence à une priorité de
8 documenter la trajectoire longitudinale. Et avec
9 les gens du ministère, j'ai rencontré ces gens à
10 plusieurs reprises avec ce mandat également et ils
11 ont la bonne volonté, ils ont la motivation de le
12 faire. Le traitement de ces données c'est complexe.
13 On se retrouve avec des bases de données qui ne
14 sont pas construites pour faire des analyses
15 longitudinales et qui doivent être manipulées, qui
16 doivent être construites avec des approches de
17 « data science », avec des approches plus poussées
18 pour le traitement de ces données-là et
19 éventuellement développer ces trajectoires. Et
20 c'est l'investissement de la recherche et
21 développement. Pour vous donner un exemple ici au
22 Québec, juste un projet comme (inaudible) nous a
23 coûté à Nico et moi pendant plus de dix (10) ans un
24 point trois million de dollars (1,3 M\$) de
25 recherche et développement. Ça a coûté des fonds de

1 recherche d'un point trois millions de dollars
2 (1,3 M\$). Là, vous voyez un peu l'investissement
3 qui doit être mis pour justement le traitement de
4 ces données-là pour arriver à documenter de façon
5 annuelle.

6 Q. **[178]** Mais en même temps, Monsieur Esposito, pour
7 faire les bonnes choses, il faut toujours bien...

8 R. Absolument.

9 Q. **[179]** ... savoir où on s'en va, qu'est-ce que ça
10 donne.

11 R. Tout à fait, absolument. C'est... absolument,
12 c'est...

13 Q. **[180]** Ça reste que c'est un point trois millions
14 (1,3 M\$) c'est marginal.

15 R. C'est marginal.

16 Q. **[181]** Oui. Bon. Ça coûte cher, mais il faut
17 regarder le portrait global.

18 R. Tout à fait.

19 Q. **[182]** Est-ce que le Québec fait bande à part puis
20 ailleurs au Canada ou dans d'autres juridictions
21 comparables, là - parlons pas de l'Arabie Saoudite
22 qui est peut-être milliardaire - est-ce que c'est
23 propre au Québec ou on en retard, nous?

24 R. Non, on n'est pas en retard. Au-delà de la
25 Colombie-Britannique, quelques travaux qui se font

1 maintenant en Alberta, Ontario avec The Ontario
2 Child Abuse and Neglect Data System, qu'est-ce
3 qu'ils appellent OCANDS, puis c'est pas accessible
4 au niveau public. Il n'y a pas grand-chose qui se
5 fait pour documenter la trajectoire longitudinale
6 des enfants desservis en Protection de la jeunesse
7 au niveau pancanadien. Ceci dit... ceci dit...

8 Q. **[183]** Oui.

9 R. Quand on voit qu'il y a une priorité mise sur cette
10 trajectoire, si je fais référence aux Territoires
11 du Nord-Ouest du Canada, il vient juste de
12 développer la base de données, le système
13 informatique pour la saisie d'informations, puis
14 ils ont à peine un an de données, puis ils ont déjà
15 développé un indicateur de récurrence. Alors, ils
16 ont investi dans un épidémiologiste qui travaille à
17 l'intérieur de la Protection de la jeunesse pour
18 justement commencer à développer toutes ces
19 informations-là où ils vont avoir un tableau de
20 bord de façon longitudinale où il suit tous les
21 enfants. Alors, pour répondre à votre question, je
22 pense que c'est quelque chose partagé à travers
23 toutes les juridictions au niveau pancanadien, nous
24 ne sommes pas en retard, nous ne sommes pas en
25 avance, mais c'est quand même une réalité qui est

1 assez triste. Nous ne sommes pas capables de
2 connaître qu'est-ce qui arrive à ces enfants, à ces
3 familles.

4 La scolarisation c'est un bon exemple.
5 Alors, j'ai été intervenant en Protection de la
6 jeunesse pendant plusieurs années en application de
7 mesures. Quand j'allais voir une famille, si la
8 famille ne pouvait pas me dire comment ça va à
9 l'école, où il est rendu l'enfant dans sa
10 scolarisation, on commence à se poser des
11 questions, peut-être la négligence scolaire au
12 niveau de la capacité parentale. Et comme État
13 imputable et en grande partie un État qui est
14 responsable pour des enfants placés en milieu
15 substitut, on est également négligeable si on n'est
16 pas capable de répondre à ces questions-là. Au
17 moment qu'on se parle, nous ne pouvons pas répondre
18 à la question au niveau de la scolarisation. Nous
19 ne pouvons pas décrire la scolarisation des gens.
20 Je suis convaincu à cent pour cent (100 %) si on
21 demande à l'intervenant, l'intervenant sait
22 exactement comment ça va à l'école, ça fait partie
23 du plan d'intervention, on a ces informations-là.
24 C'est juste pas saisi à l'intérieur du système
25 informatique. Alors, on ne pourrait pas le décrire

1 de façon régionale ou provinciale et on ne pourrait
2 pas utiliser ces informations-là pour trouver des
3 manières d'introduire des approches pour améliorer
4 la scolarisation de nos jeunes.

5 Q. **[184]** Qu'est-ce que ça veut dire, que l'État ne
6 s'intéresse pas ou ne développe pas ces
7 infrastructures-là pour connaître ce qui se passe?

8 R. Je ne dirais pas... c'est pas... je ne voudrais pas
9 porter la conclusion que l'État ne s'intéresse pas.
10 L'État s'intéresse. C'est la complexité de
11 travailler ces informations-là qui malheureusement
12 je trouve portent fin à beaucoup d'initiatives pour
13 débiter et documenter ces trajectoires. Alors, nous
14 ne sommes pas gâtés dans le réseau avec des
15 épidémiologistes qui pourront comme ça traiter ces
16 données de façon longitudinale.

17 Q. **[185]** Est-ce que c'est la même chose dans le
18 domaine de la santé?

19 R. Non, je ne pense pas que c'est la même chose dans
20 le domaine de la santé, mais je ne pourrais pas...
21 je ne connais pas nécessairement le domaine de la
22 santé.

23 Q. **[186]** Bien, merci beaucoup.

24 R. De rien, ça me fait plaisir.

25

1 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

2 Oui, on passe à un bloc de questions avec Lesly
3 Hill.

4 Me LESLY HILL :

5 Q. **[187]** Alors, merci de votre présentation. Je
6 comprends bien que le but de votre présentation
7 aujourd'hui, c'était pas de nous faire digérer
8 quelque chose qui prendrait deux-trois heures, mais
9 plutôt de faire la démonstration de tout ce qu'on
10 pourrait avoir à notre...

11 R. Disposition.

12 Q. **[188]** ... disposition, si on souhaitait vraiment se
13 doter de modalités pour utiliser cette information.
14 Donc, ma première question va être assez simple :
15 selon votre expérience dans les quinze (15)
16 dernières années de ce projet, est-ce que les
17 données ont été utilisées pour améliorer l'offre de
18 service pour les enfants et les familles?

19 R. Pour améliorer l'offre de service? Non.

20 Q. **[189]** Ou pour soutenir la prise la prise de
21 décision?

22 R. Non plus. C'est un projet, juste pour revenir
23 également à la question de monsieur Gosselin, c'est
24 un projet qui est né par les directeurs et
25 directrices de protection de la jeunesse. Alors,

1 c'est pas né par nous, les chercheurs, c'est né,
2 c'est un projet qui vient d'eux et c'est leur
3 besoin d'informations qui nous a permis de
4 documenter qu'est-ce qu'on a aujourd'hui. Alors,
5 nous, à l'université, on a assisté les directeurs
6 et directrices en protection de la jeunesse à
7 travailler l'information pour, justement,
8 documenter la trajectoire pour leurs enfants. Je
9 pense qu'on est loin encore de l'utilisation de ces
10 données pour améliorer les services de protection
11 de la jeunesse, et je m'explique.

12 Les données qu'on a et là, l'importance de
13 vraiment un processus d'appropriation. Alors,
14 qu'est-ce qui est important ici, c'est de se
15 retrouver avec la direction, les directeurs et
16 directrices de façon concertée pour commencer à
17 décortiquer ces données-là. Alors, l'exemple de
18 stabilité, de déplacement, c'en est un où on doit
19 décortiquer davantage qu'est-ce qui est vraiment
20 une instabilité souhaitée versus une instabilité
21 pas souhaitée, néfaste. Et davantage, je pense que
22 là où va devenir important, c'est de commencer à
23 mesurer avec des instruments le fonctionnement des
24 familles et des enfants. Et d'utiliser ces
25 informations-là en lien avec la trajectoire, qui va

1 amener à des meilleures prises de décisions. Alors,
2 à quel point est-ce que nous pouvons comprendre
3 l'état de santé mentale des parents, l'état de
4 l'enfant, l'anxiété, l'attachement, l'éducation de
5 cet enfant, et caetera. Mais d'utiliser ces
6 instruments en lien avec la trajectoire pour
7 comprendre à quel point nous avons une influence
8 qui va améliorer le bien-être de cet enfant-là. Et
9 c'est à ce moment où on pourrait vraiment maximiser
10 l'opportunité d'utiliser ces données pour améliorer
11 la trajectoire des enfants.

12 Pour l'instant, nous étions rendus au point
13 où les gens commençaient à se comparer entre eux
14 pour arriver à des approches innovatrices, mais
15 c'est un peu d'effriter, avec le remaniement, la
16 création des CISSS et CIUSSS et malheureusement,
17 nous n'avons pas avancé depuis.

18 Q. [190] Mais je pense que c'est très important parce
19 qu'on a une mine d'or, une mine d'informations à
20 notre disposition. C'est un projet qui s'effrite,
21 qui a pris fin, en fait. La vérificatrice générale
22 soulève un manque de surveillance du ministère, à
23 la fois au niveau de la trajectoire de services
24 pour les enfants. On n'est pas capable de répondre
25 à des questions simples comme la scolarisation des

1 jeunes en protection de la jeunesse ou même est-ce
2 qu'il reçoivent les services de santé mentale -
3 c'est l'exemple de monsieur Trocmé ce matin - quand
4 ils en ont besoin. Et je vois dans votre
5 recommandation que vous suggérez la mise en oeuvre
6 d'une genre de plate-forme justement pour être
7 capable d'utiliser les données et accompagner les
8 gens. Donc, je vous trouve généreux dans vos
9 commentaires envers différentes instances. Je me
10 demande pourquoi c'est pas fait. Ça fait quinze
11 (15) ans que le réseau développe ces indicateurs.

12 R. Hum, hum. Je ne le sais pas. Alors, la volonté
13 politique est là. On en parle depuis plusieurs
14 années. Pourquoi est-ce que cette instance n'est
15 pas là aujourd'hui? Mais je peux absolument
16 l'associer au remaniement. Alors, du moment où on a
17 créé ces mégastructures, on a perdu des gens autour
18 de la table, on a perdu les tables de concertation,
19 de directeur de protection de la jeunesse. On a
20 perdu l'opportunité d'avoir cette flexibilité, de
21 s'engager dans ces discussions et de forer
22 davantage leurs propres données au niveau régional.
23 Ça n'existe plus aujourd'hui, alors c'est un peu la
24 recommandation que je fais, mais qui pourrait le
25 faire? C'est pas à nous, les universitaires, de le

1 faire, c'est au ministère, peut-être les instituts
2 universitaires, peut-être même l'INESSS, je ne le
3 sais, mais la réponse à votre question, qui est une
4 question extrêmement pertinente, c'est : je ne le
5 sais pas. Je ne le sais pas.

6 Q. [191] O.K. J'ai peut-être deux petites questions
7 rapides pour vous. Camil Bouchard et les directeurs
8 régionaux de santé publique qui sont venus ce matin
9 sont d'accord que la maltraitance, c'est un enjeu
10 de santé publique. Et les DRSP, les directeurs
11 régionaux de santé publique s'engageaient à la
12 surveillance. Ils disent : nous, on est équipés
13 puis la surveillance devrait aller à l'INSPQ,
14 l'Institut national de santé publique du Québec.
15 Est-ce que c'est un projet ou, en fait, pas le
16 projet, mais est-ce qu'une infrastructure comme
17 celle qu'on est en train de regarder aujourd'hui
18 pour comprendre la maltraitance, pour être placé à
19 cet endroit ou soutenu par les directeurs de santé
20 publique, dans une perspective plus large, pas
21 seulement de protection de la jeunesse en vertu de
22 la loi, mais toute la trajectoire de services pour
23 les familles en situation de pauvreté, par exemple.

24 Q. [192] Oui, absolument. Je pense que la santé
25 publique devient un acteur clé dans

1 l'infrastructure, que ce soit une infrastructure
2 qui gouverne. Bien, je vais vous laisser la
3 discrétion de penser à tout ça, mais l'important
4 ici c'est que l'infrastructure permet aux
5 contentieux, les directeurs de protection de la
6 jeunesse, les directeurs, directrices jeunesse, de
7 se retrouver de façon concertée. Alors, si la santé
8 publique pourrait développer cette infrastructure
9 et assurer sa gouvernance, toujours en travaillant
10 en partenariat avec des organismes communautaires
11 racisés et en grande partie des Premières nations
12 Métis et Inuits. Nous avons une sous-représentation
13 nette sur communauté et hors communauté. Toutes les
14 informations qu'on présente ici et toutes les
15 données qu'on présente ici devraient se faire avec
16 les principes de PCAP au niveau des Premières
17 Nations, au niveau des communautés autochtones, qui
18 est propriété, contrôle, accès et possession par
19 ces communautés.

20 Alors, est-ce que la san... est-ce que la
21 santé, peut-être que la santé publique c'est un bon
22 endroit, je ne le sais pas, mais ça doit se faire
23 en partenariat avec la CISSS et des communautés
24 autochtones au niveau de la sous-représentation des
25 enfants autochtones, et le monitoring qui doit se

1 faire à ce niveau-là. Et est-ce que la santé
2 publique pourrait assurer cette gouvernance? Tant
3 mieux, s'il pourrait assurer cette gouvernance,
4 absolument. J'ai rien... que ce soit la santé
5 publique ou vous pourrez me dire INESSS, vous
6 pourrez me dire les Instituts universitaires. Pour
7 moi, je les vois un peu de la même chose. À quel
8 point est-ce qu'ils vont s'investir pour retrouver
9 avec des tables de concertation et des partenariats
10 engagés.

11 Q. **[193]** Merci.

12 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

13 Q. **[194]** Parlant des populations autochtones
14 justement. La surreprésentation, là, c'est évident,
15 O.K., on le voit dans votre graphique, là. Les
16 colonnes de rouge, là. Alors, comment expliquez-
17 vous, là, cette surreprésentation, de votre point
18 de vue à vous?

19 R. Bon, la première chose à vous dire là-dessus c'est
20 que je vous encourage fortement d'inviter des
21 représentants de la Commission de Premières Nations
22 du Québec et Labrador et des communautés
23 autochtones pour venir parler de la
24 surreprésentation. Alors, je suis ne pas vraiment
25 bien placé pour vous expliquer cette

1 surreprésentation, mais je vous encourage fortement
2 de les avoir ici pour témoigner. Leur voix devient
3 une voix extrêmement importante et en grande
4 partie, si vous voulez vous assurer que vos
5 recommandations sont culturellement sécuritaires.
6 Alors, vous devrez amener, selon moi, vous devrez
7 amener cette voix.

8 Selon mes travaux, selon les études, selon
9 la Commission sur la vérité et réconciliation,
10 selon la Commission des droits humains, la
11 surreprésentation en grande partie est expliquée
12 par les conditions socioéconomiques, les disparités
13 qui existent à ce niveau-là. Le sous-financement et
14 le manque de services, carrément. Vous avez eu des
15 témoignages de la Côte-Nord qui on fait cette
16 démonstration à quel point il manque des services.
17 Un historique colonial et des politiques
18 assimilantes, même des politiques sur communauté
19 qui étaient discriminatoires au niveau du
20 financement des services pour ces enfants et
21 continuent même à l'être, des biais culturels au
22 niveau même de l'intervention. Alors, c'est une
23 combine de tous ces facteurs-là qui explique cette
24 surreprésentation.

25 Q. [195] Hum, hum.

1 R. Ceci étant dit avec la loi fédérale de C-92, qui
2 vient d'être impliquée.

3 Q. **[196]** Oui.

4 R. Qui vient d'être implantée, qui a reçu... je pense
5 que la terminologie c'est « The Royal Assent », qui
6 a reçu... la sanction...

7 Q. **[197]** La sanction royale.

8 R. La sanction royale.

9 Q. **[198]** Ça va être mis en vigueur en janvier, là.

10 R. Voilà. Merci. En janvier. Il y a un élément de
11 prévention dans cette loi et c'est plus acceptable
12 d'accepter la surreprésentation en grande partie
13 liée à des iniquités pour ces enfants et ces
14 communautés. Alors, il faut vraiment travailler la
15 prévention des services, l'accessibilité des
16 services et réduire cette iniquité, pour
17 éventuellement réduire cette surreprésentation.

18 Q. **[199]** Merci. Alors, je tiens d'abord à vous
19 rassurer. On a commencé à rencontrer des
20 communautés autochtones et on va avoir quelques
21 jours consacrés à eux, alors soyez rassuré. Alors,
22 je passe la parole à André Lebon.

23 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

24 Q. **[200]** Je crois qu'on va faire tous les efforts
25 qu'il faut pour soutenir votre témoignage positif.

1 Alors, je prends acte qu'on a des compétences au
2 Québec, qu'on a des grandes équipes de recherche.

3 R. Oui.

4 Q. **[201]** On est capable de faire le travail, on a des
5 données.

6 R. Hum, hum.

7 Q. **[202]** En fait, puis je vais même jusqu'à dire que
8 c'est peut-être pas dans un problème d'intention
9 gouvernementale.

10 R. C'est ça.

11 Q. **[203]** Mais pouvez-vous revenir à la « slide » qui
12 montrait un million trois cent mille (1,3 M\$)?
13 C'est le montant que vous recevez par année ou ça a
14 été le total?

15 R. Non, non!

16 Q. **[204]** Bon, bien vous êtes gentil. C'est là que je
17 vais arrêter d'être gentil à votre place parce
18 qu'un million trois cent soixante et onze mille
19 (1,371 M\$) pour suivre deux cent sept mille
20 (207 000) enfants, puis commencer à essayer de
21 faire parler ça pour nous aider dans des choix
22 éclairés et avisés, c'est des pinottes. Puis on
23 rêverait d'être que la maltraitance soit un
24 problème de santé publique parce que si c'était un
25 problème de santé probablement qu'on triplerait

1 puis qu'on décuplerait le montant de recherche.
2 Alors, moi, je veux saluer le travail des gens qui
3 travaillent dans le psychosocial, puis il y en a
4 dans la salle encore, je trouve ça fondamental et
5 je pense qu'il faut prendre acte de vos
6 recommandations sur le soutien, assurer des études
7 longitudinales, essayer de faire parler les acquis
8 et nos recherches, maximiser le travail de dialogue
9 entre nos banques de données. Et on a des gens
10 compétents pour témoigner que ça peut se faire, que
11 ça se fait et qu'il y a des conditions gagnantes.
12 Ça fait que vous faites partie de ces gens-là, on
13 en reçoit toute la semaine, puis je pense que quand
14 on voit la pertinence des travaux qui sont mis sur
15 la table, honnêtement, là, je ne mets pas des
16 problèmes d'intention, mais on a un maudit problème
17 de leadership puis d'impuissance parce qu'une
18 décision autour de ça, là, ça se prend pas mal plus
19 vite. À moins de trois piastres (3 \$) par enfant en
20 dix (10) ans, là, on n'a pas battu de record, là.
21 Je pense que les itinérants qui sont à la porte
22 gagnent plus que ça. Ça fait que je me tais. C'est
23 pas une question, Monsieur, je vous encourage.

24 R. Oui, merci.

25 Q. **[205]** Je vous encourage à continuer votre travail.

1 R. Merci, c'est gentil.

2 M. MICHEL RIVARD, vice-président :

3 Alors, on passe à une question de Hélène David.

4 Mme HÉLÈNE DAVID, commissaire :

5 Q. **[206]** Ça arrive souvent, Monsieur Esposito, mais
6 j'étais dans la même lignée que le vice-président
7 Lebon. Je vais aller pire que lui, ça fait cent
8 mille dollars (100 000 \$) par année de recherche
9 pour tout ce monde-là. Je regardais, ma question
10 était sur vos trois CRSH, votre chaire de
11 recherche, et puis ACIQ, ça je ne sais pas qu'est-
12 ce que c'est.

13 R. Ça, c'est l'Association des centres jeunesse du
14 Québec, qui ont investi un peu d'argent.

15 Q. **[207]** Bon. Qui ont commencé le bal, mais non deux
16 mille six (2006), ça fait quatorze (14) ans que
17 vous faites de la recherche là-dessus.

18 R. Hum, hum.

19 Q. **[208]** J'ai pensé que j'avais oublié un zéro dans ma
20 division. J'ai dit ça ne se peut pas, cent mille
21 (100 000 \$) par année. Je pense que vous avez
22 raison de demander une infrastructure de recherche
23 un peu plus conséquente parce que n'importe quel
24 problème en santé. Qui donnait l'exemple? Je pense
25 que c'était monsieur Trocmé, sur le truc

1 bariatrique, comment il appelait ça, là, en fait...

2 R. Chirurgie bariatrique.

3 Q. **[209]** La recherche sur la chirurgie bariatrique,
4 qui avait eu déjà beaucoup, beaucoup plus d'argent
5 que n'importe quelle recherche en protection de la
6 jeunesse, donc je voulais, moi, savoir à quoi...
7 C'est parce qu'il y a deux choses. Vous vous êtes
8 beaucoup animé, alors je suis embêtée, là, quand
9 vous avez parlé du CPAP puis comme monsieur Lebon a
10 parlé d'infrastructure de recherche, je vais aller
11 sur votre animation quand vous avez parlé du CPAP,
12 dont je ne connaissais pas l'acronyme - Propriété,
13 contrôle, accès, possession. Ça, c'est pas mal C-92
14 puis c'est pas mal les revendications autochtones.
15 Et juste dans votre ton de voix, on voyait que vous
16 étiez très intéressé par cette approche-là puis
17 vous dites Métis, Inuit et vous dites « racisé »
18 tout le temps, autant dans vos écrits que...

19 R. Oui.

20 Q. **[210]** Donc, c'est pas que les populations
21 autochtones, vous mettez les populations racisées.
22 Moi, je vais absolument vous entendre plus là-
23 dessus.

24 R. Oui, absolument. Je pense les populations racisées,
25 les enfants noirs, la surreprésentation d'enfants

1 noirs en Protection de la jeunesse. Alors, j'ai une
2 collègue à McGill, qui était mon étudiante de
3 doctorat, Alicia Boatswain-Kyte, qui vient de finir
4 une analyse qui fait la démonstration de la
5 surreprésentation d'enfants noirs en Protection de
6 la jeunesse au plan provincial et plus
7 spécifiquement au niveau montréalais, au niveau de
8 l'île de Montréal.

9 Q. **[211]** Marjorie Villefranche a été très claire, elle
10 a parlé de discrimination systémique.

11 R. Voilà, tout à fait. Mais je pense que... je ne le
12 sais pas, peut-être que je vous invite à l'inviter.

13 Q. **[212]** Non, mais c'était son approche.

14 R. Alors, c'est... Alicia peut-être qu'elle prend une
15 autre approche puis elle s'intéresse beaucoup sur
16 comment les organismes communautaires pourront
17 aider la Protection de la jeunesse à faire face aux
18 défis qui entourent cette surreprésentation. Alors,
19 je vous invite de faire le suivi avec Alicia, mais
20 c'est quand même... oui, absolument, ce n'est pas
21 juste des communautés autochtones. Il faudrait
22 aller voir également les communautés racisées. Il
23 reste que les communautés des Premières Nations,
24 les communautés autochtones sont extrêmement sous-
25 représentées. Elles ont vécu une histoire de

1 politique et d'intervention discriminatoire qu'il
2 faut absolument faire quelque chose pour réduire
3 cette sous-représentation. Si on parle d'un enjeu
4 au niveau de la Protection de la jeunesse, nous ne
5 pouvons pas parler d'un enjeu sans prendre en
6 considération à quel point il y a une sous-
7 représentation à ce niveau-là.

8 Q. **[213]** Avez-vous une recommandation sur C-92?

9 R. Non, pas au C-92. Je pense que là, ils sont rendus
10 à l'étape où le ministère doit commencer les
11 processus de consultation avec la Commission et les
12 communautés. Je crois que le ministère est vraiment
13 très proactif au niveau de la loi 99, au niveau de
14 l'autodétermination et la gouvernance des
15 communautés autochtones. J'espère juste qu'ils vont
16 également mettre des ressources nécessaires pour
17 que ça arrive, qu'il y ait une autodétermination et
18 une gouvernance possibles. C'est pas juste le
19 droit, mais c'est de faciliter la capacité de cette
20 gouvernance et de cette autodétermination. Mais je
21 ne suis vraiment pas la personne pour parler de
22 tout ça, je pense que la Commission devrait et je
23 sais que vous allez le faire, mais inviter la
24 Commission des Premières Nations du Québec et
25 Labrador et les représentants des communautés

1 autochtones pour vous éclairer là-dessus. Ça, c'est
2 juste mon opinion à moi.

3 Q. **[214]** Merci beaucoup.

4 M. MICHEL RIVARD, commissaire :

5 Alors merci pour votre témoignage. Ça termine notre
6 heure ensemble, effectivement. Alors, vous aussi
7 vous nous avez laissé, là, des textes assez denses
8 à lire. Alors, ça, ça va être une bonne lecture de
9 chevet, là, ce soir. Et je ne sais pas si votre
10 message a été reçu pour certaines instances, mais
11 je peux vous dire - puis je prends le commentaire,
12 là, de l'autre vice-président - le message a été
13 reçu de notre part, alors on va réfléchir à tout
14 ça, matière à réflexion. On vous remercie beaucoup.

15 R. Merci à vous.

16 M. MICHEL RIVARD, commissaire :

17 Et au plaisir.

18 R. Merci. Merci à vous.

19 M. MICHEL RIVARD, commissaire :

20 Alors, ça termine notre journée, alors demain matin
21 nous serons de retour. Merci. Bonne soirée à tous.

22

23 AJOURNEMENT DE L'AUDIENCE

24

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**