Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
Québec

Cat. 2.700.4.1

MÉMOIRE À LA COMMISSION D'ÉTUDE SUR
LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

La transformation du système de protection et le respect des droits des enfants

Septembre 2000

Document adopté àla 454e séance (extraordinaire) de la Commission tenue le 21 septembre 2000, par sa résolution COM-454-2.1.1

Michel Devost
Secrétaire de la séance

Recherche et rédaction :

Marc Bélanger
Direction de la recherche et de la planification

Traitement de texte :

Diane Durand
Direction de la recherche et de la planification

TABLE DES MATÈRES

INTRODUCTION 1

1 Les fondements de l'intervention de la commission 2

1.1 Le droit à la santé dans les instruments juridiques internationaux.....4
1.2 La politique québécoise de la santé et du bien-être 7
1.3 Les principes de la Charte des droits et libertés de la personne 9
1.4 Le droit à des services adéquats, continus et personnalisés.....10

2 L'organisation et le fonctionnement d'un système de protection.....12

2.1 L'apport des experts 12
2.2 La gestion d'un système de services fondé sur le signalement d'une situation 15

3 Le problème de la qualité des services dans le système de protection.....17

3.1 Les enfants soumis à des mauvais traitements physiques 20
3.2 La négligence à l'endroit des enfants et leur abandon affectif 22
3.3 Les jeunes en centre de réadaptation.....22
3.4 Les problèmes en santé mentale.....24
3.5 Les enfants en famille d'accueil.....24
3.6 Les enfants des communautés autochtones 25
3.7 Les enfants et les adolescents en attente de services 26
3.8 Les jeunes de la rue.....28

4 les facteurs à l'origine des problèmes de qualité dans le système de protection29

4.1 Le morcellement des interventions.....30
4.2 Les blocages propres à l'organisation et au fonctionnement du système de protection.....34

4.2.1 La nécessité d'apporter des précisions à la loi 34
4.2.2 Les carences du système de gestion de l'information.....38
4.2.3 Le cadre de gestion des ressources humaines.....40
4.2.4 La sélection et la formation du personnel.....41
4.2.5 Le manque de services efficaces en amont du système de protection.....42

5 Les leviers d'action nécessaires à la transformation du système de protection...43

5.1 Les actions en cours.....44
5.2 La nécessité d'un leadership ministériel intensifié 45

5.2.1 La coordination interministérielle.....46
5.2.2 Les règlements d'établissements.....47
5.2.3 Les orientations ministérielles concernant la contention et l'isolement.....41
5.2.4 L'agrément des établissement 42
5.2.5 L'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et le système professionnel 49

6 Le directeur de la protection de la jeunesse dans un système renouvelé de santé et de services sociaux 51

6.1 Les avenues de transformation possibles.....51
6.2 La nécessité d'un moratoire sur le sujet 54

7 Observations finales relatives à la transformation du système de protection.....57

7.1 Le financement des services de protection 57
7.2 La responsabilité ministérielle 59
7.3 La mise en place d'un Conseil des directeurs de la protection de la jeunesse 61
7.4 L'examen de la gestion et du financement des services par un organisme indépendant 62
7.5 Les services donnés aux enfants des communautés autochtones 62
7.6 La transformation des services en santé mentale.....63
7.7 La transformation des services d'aide et de soutien aux familles à risque 64
7.8 La complémentarité entre les travaux de la Commission d'étude et ceux du Groupe de travail sur les professions de la santé et des relations humaines 65
7.9 La constitution d'un groupe interministériel de révision de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.....66

CONCLUSION..... 67

INTRODUCTION

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, ci-après désignée « la Commission », est constituée en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne*[1]. Elle doit assurer, par toutes mesures appropriées, la promotion et le respect des principes contenus dans cette Charte.

À l'occasion du débat public sur l'organisation et le financement des services lancé par la ministre responsable de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[2], il convient de souligner à quel point les grands principes de la Charte sont applicables à ce champ de l'activité humaine : le droit, en toute égalité et sans discrimination, à la vie, à la sûreté, à la dignité, à l'intégrité et à la liberté de sa personne sont les valeurs fondamentales qui constituent l'élément moteur de la réforme des systèmes de santé, tant au Canada que dans les pays européens[3].

La promotion de ces valeurs centrées sur l'égalité en matière de santé devrait servir de guide à la réforme du régime de santé et de services sociaux dont le but est ainsi défini dans la loi québécoise :

> « Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et

---

1 L.R.Q., c. C-12, ci-après « la Charte ». La Commission, dans sa forme actuelle, a été constituée en 1995. Elle résulte de la fusion de la *Commission des droits de la personne*, constituée en 1975, et de la *Commission de protection des droits de la jeunesse.* Cette dernière avait été constituée en octobre 1989, succédant au *Comité de la protection de la jeunesse* mis en place au moment de l'adoption de la *Loi sur la protection de la jeunesse* en 1977.

2 L.R.Q., c. S-4.2, ci-après « la LSSSS ».

3 *La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé*, 19 juin 1996, http://www.ccr.jussieu.fr/santedoc/ljubjana.htm.

> d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie[4]. »

En plus d'exercer sa mission historique à l'égard des principes énoncés dans la Charte, la Commission s'est vue confier, en 1995, une mission particulière à l'égard des enfants dans la société québécoise : elle doit veiller à la protection de leur intérêt et au respect des droits qui leur sont reconnus par la *Loi sur la protection de la jeunesse*[5]. Une telle mission revêt une importance singulière au moment où de nombreux enfants comptent parmi les premières victimes des nouvelles inégalités associées aux transformations sociales contemporaines.

Dans ce contexte, la Commission a la mission de veiller à la protection de l'intérêt et au respect des droits reconnus aux 50 000 enfants et adolescents dont la situation est signalée annuellement au directeur de la protection de la jeunesse[6] parce que quelqu'un, un professionnel, un membre de la famille ou de la communauté a raison de croire que leur sécurité ou leur développement est compromis. La Commission doit aussi veiller au respect des droits reconnus aux adolescents en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, notamment lorsque ces adolescents sont placés sous garde dans des centres de réadaptation constitués en vertu de la *LSSS.*

1 LES FONDEMENTS DE L'INTERVENTION DE LA COMMISSION

Ce mémoire s'adresse à la Commission d'étude sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux, ci-après désignée la

---

4 LSSS., art. 1

5 L.R.Q., c. P-34.1., ci-après « la *LPJ* »

6 Le directeur est constitué en vertu de l'article 31 de la LPJ. Il a compétence exclusive sur plusieurs décisions prises en vertu de cette loi.

« Commission d'étude ». De toute évidence, le mandat de cette Commission d'étude dépasse largement la question des services de santé et des services sociaux donnés aux enfants. Chaque catégorie de la population est touchée, ou susceptible de l'être un jour, par l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux. Les consultations publiques tenues dernièrement par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse en rapport avec l'exploitation des personnes âgées, qui ont suscité un grand intérêt au sein du public, le démontrent clairement. Rappelons qu'en organisant ces consultations, la Commission visait un double objectif : mieux connaître les différentes manifestations du phénomène de l'exploitation des personnes âgées, et accroître l'efficacité des moyens susceptibles de l'enrayer. La Commission a reçu 117 mémoires, dont ceux de nombreux intervenants du domaine de la santé et des services sociaux : Association des CLSC et des CHSLD, régies régionales, comités de bénéficiaires, ordres professionnels, Commissaire aux plaintes. La Commission, qui poursuit son analyse des nombreux témoignages entendus, rendra public son rapport dans les prochains mois.

De l'avis de la Commission, **l'organisation et le financement des services offerts aux enfants** doivent toutefois faire l'objet de **considérations particulières** de la part de la Commission d'étude. Ce que la société fait ou ne fait pas aujourd'hui pour les nourrissons et les enfants en bas âge aura en effet des incidences majeures, non seulement sur la demande de services de santé au sens restreint du terme, mais également sur la santé sociale et économique du Québec jusqu'en 2075 et plus, considérant l'espérance de vie à la naissance.

Comme les personnes âgées ou les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, les enfants constituent, face à l'organisation d'un système de soins et

de services, une « clientèle vulnérable », selon l'expression utilisée par le Collège des médecins du Québec[7]. Ces diverses clientèles vulnérables doivent être reconnues comme telles et l'organisation des services les concernant doit prendre en compte cette caractéristique. La Commission se réjouit d'ailleurs de constater que le ministère de la Santé et des Services sociaux, ci-après désigné « le ministère », reconnaît explicitement la nécessité de promouvoir le « principe de l'appropriation du pouvoir » par les membres des clientèles vulnérables, notamment les personnes atteintes de problèmes de santé mentale[8].

Préalablement à toute réflexion sur l'organisation et le financement d'un système de services en mesure de répondre aux besoins d'une clientèle vulnérable entre toutes, celle des enfants, il y a lieu de rappeler que le respect des droits de la personne devrait figurer au premier rang des préoccupations des membres de la Commission d'étude.

1.1 Le droit à la santé dans les instruments juridiques internationaux

Le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*[9] contient une disposition en vertu de laquelle le droit à la santé est formellement reconnu[10].

> « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. »

---

7 *Nouveaux défis professionnels pour le médecin de l'an 2000*, Collège des médecins du Québec, http://www.cmq.org/Com2000.pdf.

8 *Forum sur la santé mentale – Guide de discussion*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2000, p. 7.

9 (1976) 993 R.T.N.U. 13.

Le plein exercice de ce droit sera assuré de façon progressive, même si certaines des obligations qui lui sont associées présentent un caractère immédiat, par exemple la non-discrimination[11]. Sa signification ainsi que les obligations des États face à sa mise en œuvre dans le cadre d'une approche holistique ont été reconnues par diverses déclarations et conventions internationales, depuis la *Déclaration d'Alma-Ata* en 1978 jusqu'à la *Déclaration mondiale sur la santé en 1998,* en passant par la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* en 1986 et la *Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé* des pays d'Europe 1996.

> « La conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé[12]. »

> « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. **La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie;** il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques**.** Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être[13]. »

---

10 Le Canada, avec l'accord du Québec, a adhéré à ce Pacte en 1976.

11 *Observations générales (No3) sur la nature des obligations des États parties*. Nations Unies (Comité des doits économiques, sociaux et culturels), Doc. N.U., E/C.12/1990/8, par. 1.

12 *La Déclaration d'Alma-Ata,* Organisation Mondiale de la Santé 12 septembre 1978, http://www.ccr.jussieu.fr/santedoc/almaata.htm.

13 *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé 1986, http://www.ccr.jussieu.fr/santedoc/ottawa.htm.

« La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé. L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux[14]. »

« La réforme des systèmes de santé doit être **guidée par les valeurs fondamentales** que sont la dignité humaine, l'équité, la solidarité et l'éthique professionnelle[15]. »

« Nous, États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), réaffirmons notre attachement au principe énoncé dans la Constitution de l'Organisation selon lequel la possession du **meilleur état de santé** qu'il est capable d'atteindre constitue **l'un des droits fondamentaux** de tout être humain**.** Nous affirmons par là la dignité et la valeur de chaque personne, ainsi que l'égalité des droits et des devoirs et la responsabilité de tous dans le domaine de la santé[16]. »

« Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour (...) assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires; (...) lutter contre la maladie

---

14 *Id*.

15 *La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé*, 19 juin 1996, http://www.ccr.jussieu.fr/santedoc/ljubjana.htm.

16 Déclaration mondiale sur la santé adoptée par la communauté mondiale de la santé lors de la cinquante et unième Assemblée mondiale de la santé de l'OMS, en mai 1998, http://www.ccr.jussieu.fr/ santedoc/declmond.htm.

> et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires (…)[17]. »

1.2 La politique québécoise de la santé et du bien-être

Le droit à la santé ne figure pas explicitement au chapitre des droits économiques et sociaux reconnus par la Charte des droits et libertés de la personne du Québec. La perspective sous-jacente à tous les textes cités plus haut est néanmoins au cœur du projet québécois de réforme du système de santé et de services sociaux amorcé en 1992 :

> « La politique (de la santé et du bien-être) s'inscrit dans un mouvement international amorcé par l'Organisation mondiale de la santé. (…) La santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. (…) La santé et le bien-être sont considérés d'abord et avant tout comme une ressource de la vie quotidienne.
>
> Les améliorations de la santé et du bien-être les plus spectaculaires sont **largement associées à de meilleures conditions de vie,** à la qualité de l'environnement social et, de façon générale, à un accroissement de la prospérité. (…) Tous les indices nous commandent aujourd'hui de déborder le cadre strict du système de services et de considérer les mesures sociales qui peuvent affecter la santé et le bien-être. (…) L'avenir des enfants et des jeunes aux prises avec de nombreuses difficultés d'adaptation et d'intégration sociales est préoccupant. (…) Si la pauvreté se maintient au niveau actuel chez les enfants et que ceux-ci continuent à connaître leur lot de problèmes sociaux et de problèmes de santé, il sera impossible pour le Québec de rester compétitif sur le plan économique[18]. »

---

17 *Convention relative aux droits de l'enfant*. Résolution no 44/25 de l'Assemblée générale de l'ONU en date du 20 novembre 1989, http://www.pch.gc.ca/ddp-hrd/francais/cide/croc.htm.

18 *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.

La santé et le bien-être des enfants tiennent également une place prépondérante dans les travaux effectués au sein des autres provinces canadiennes et sur la scène fédérale, comme en fait foi le texte suivant issu de la réunion des Premiers ministres tenue à Ottawa en septembre 2000 :

> « Les premières années de la vie sont très importantes pour le développement et le bien-être d'un enfant puisque c'est à ce moment-là que s'acquièrent les capacités et les habiletés d'adaptation qui influeront sur l'apprentissage, le comportement et la santé. Les enfants s'épanouissent au sein d'une famille et d'une communauté qui répondent à leurs besoins physiques et de développement et qui fournissent sécurité, attention, respect et amour. De nouvelles preuves démontrent que le développement de la période prénatale à l'âge de six ans est rapide et impressionnant et qu'il détermine les résultats à long terme. Une intervention précoce pour promouvoir le développement de l'enfant au cours de cette période critique peut procurer des avantages durables pouvant s'étendre sur toute la vie[19]. »

Il convient de rappeler que cet engagement des gouvernements canadiens donne suite à une recommandation du Forum national sur la santé qui s'est attardé longuement sur l'impact de la pauvreté sur la santé des enfants :

> « Les études indiquent que la **privation pendant la petite enfance peut nuire au développement du cerveau** et produire des atteintes aux facultés cognitives et verbales. L'impact sur la santé physiologique et psychologique des enfants est majeur et ne s'atténue que partiellement, en dépit d'interventions ultérieures dans leur vie. L'environnement dans lequel on élève un enfant influe non seulement sur le nombre de cellules et de connections (ou synapses) dans son cerveau, mais aussi sur la façon dont son cerveau est configuré, ce qui détermine ses compétences et ses capacités d'adaptation.
>
> Le Forum recommande **d'investir de façon importante dans les enfants et les familles**. Nous proposons au gouvernement fédéral qu'il collabore avec les autres gouvernements pour instaurer une vaste stratégie d'aide aux revenus familiaux et de programmes pour les enfants et leur famille. Il

---

19 Tout en signifiant son adhésion aux orientations contenues dans ce texte, le gouvernement du Québec n'a pas signé la Déclaration dans laquelle il est inséré, en raison de litiges d'ordre constitutionnel.

> est urgent de s'attaquer au problème de la pauvreté chez les enfants, notamment chez les enfants autochtones[20]. »

1.3 Les principes de la Charte des droits et libertés de la personne

La Commission invite les membres de la Commission d'étude à s'approprier cet ensemble de données internationales et canadiennes[21]. Elle invite également les membres de la Commission d'étude à s'inspirer des principes de la *Charte des droits et libertés de la personne* applicables à son mandat. Au premier chef, elle rappelle **l'égalité des droits en matière de santé et de services sociaux**, conformément à l'article 10 de la Charte :

> « Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap ».

Ces principes et, de façon particulière, le respect des droits fondamentaux reconnus aux enfants et aux adolescents doivent servir de moteur et de guide au moment ou s'amorce, espérons-le, une transformation profonde du système de protection au sein d'un système plus large de soutien aux familles.

---

20 *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Forum national sur la santé, Ottawa, 1997, 36 p.

21 Un exposé des droits reconnus aux enfants, notamment par la *Convention relative aux droits de l'enfant*, est disponible dans un article intitulé *Pour les jeunes de la rue, de quels droits parle-t-on?* publié dans les Actes du Forum Droits et Libertés publiés par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse : *Que signifient les droits et libertés pour les jeunes de la rue*?, Novembre 1999, pp. 29-42.

Le système de protection a été mis en place afin de garantir la sécurité et le développement de tout enfant et de tout adolescent, conformément à son droit fondamental à la vie, à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Ses composantes doivent être telles qu'elles entraînent **le moins d'entraves possible à la vie privée** et qu'elles s'appliquent dans le respect de la dignité, de l'honneur et de la réputation des personnes. En toutes circonstances, sa mise en œuvre doit être **exempte de discrimination**. En somme le système de protection doit assurer l'égalité des chances en matière de santé :

> « L'égalité des chances en matière de santé implique dans l'absolu de donner à chacun une chance équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé et, en termes plus concrets, de veiller à ce que nul ne soit défavorisé par d'autres facteurs que ceux rigoureusement inévitables dans la réalisation de ce potentiel. Le terme "injuste" désigne une inégalité de santé qui n'est pas seulement évitable, mais aussi imméritée[22]. »

La poursuite d'objectifs aussi complexes, profondément liés les uns aux autres, exige une vigilance constante de la part de tous les acteurs concernés **afin d'éviter les nombreux dérapages** qui peuvent compromettre la mise en œuvre du système de protection, notamment la sur-représentation des membres de certaines communautés culturelles, la bureaucratisation de l'intervention sociale, la médicalisation excessive des troubles de comportement chez les enfants et les adolescents et la judiciarisation de la pauvreté.

1.4 Le droit à des services adéquats, continus et personnalisés

Le respect du droit à la santé ainsi que le respect du droit à la protection, à la sécurité et à l'attention inscrits à l'article 39 de la Charte québécoise se

---

22 Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé. Whitehead, M. OMS. Copenhague, 1991.

traduisent, pour un nombre limité d'enfants et d'adolescents, ceux soumis à la *Loi sur la protection de la jeunesse,* par un respect de leur droit de recevoir des services de santé, des services sociaux ainsi que des services d'éducation adéquats, avec continuité et de façon personnalisée. La reconnaissance de ce droit occupe une place centrale dans cette loi et la Commission a un mandat explicite relativement à sa mise en œuvre[23].

L'article 8, qui reconnaît ce droit, précise que ses conditions d'exercice sont balisées par les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements ainsi qu'aux ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent pour s'acquitter de leurs responsabilités. Il est donc éminemment pertinent à la mission de la Commission de participer activement au débat public lancé par la ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'organisation et le financement des services.

Au terme d'un mémoire qui procède à l'analyse de divers aspects du système de protection en lui-même et dans son insertion au sein d'un système plus large de soutien à la famille, la Commission formulera un ensemble d'observations qui, chacune à sa façon, vise à assurer le **respect du droit à des services adéquats,** étant par ailleurs entendu que sa mise en œuvre doit respecter l'ensemble des autres droits reconnus à l'enfant, par exemple le minimum d'entraves à sa liberté et le minimum d'atteinte à la vie privée de sa famille[24].

Cette analyse et ces observations résultent de l'exercice d'une responsabilité d'enquête qui, précisons-le dès le départ, ne porte pas sur l'organisation et le

---

23 *Loi sur la protection de la jeunesse*, texte annoté. Boulais, J.F., SOQUIJ, 1999, p. 114.

24 Les droits de l'enfant, entre la protection et l'autonomie. Bernard, C., dans *Des enfants et des droits*, Les Presses de l'Université Laval, 1997, pp. 24-40.

fonctionnement des établissements mais plutôt sur **les services rendus aux enfants, appréciés à l'aune des droits qui leur sont reconnus par la loi.** La Commission exerce cette responsabilité depuis plus de 20 ans, dans des circonstances variées, partout au Québec. Ses enquêtes portent sur une gamme étendue de problèmes. Elles portent sur le refus par le directeur de la protection de la jeunesse, ci-après désigné « le DPJ », de retenir un signalement tout autant que sur les conditions de vie faites à des groupes de jeunes hébergés dans un centre dit de réadaptation. Dans un cas elles peuvent porter sur les services donnés à un enfant au cours des dernières 24 heures, dans un autre cas elles porteront sur les services donnés à une famille entière d'enfants soumis à des mauvais traitements pendant 13 ans.

2 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT D'UN SYSTÈME DE PROTECTION

Conformément au souhait de la Commission d'étude, la Commission s'attardera à ce qu'elle croit être *« les véritables questions de fond, qui vont au-delà des symptômes connus comme l'engorgement des salles d'urgence et l'allongement des listes d'attente*[25] *».*

2.1 L'apport des experts

La Commission s'étonne que la Commission d'étude n'ait pas jugé requis d'inviter quelqu'expert que ce soit à témoigner publiquement de l'organisation et du financement d'un système de protection au sein d'un réseau plus vaste de services de prévention et de soutien à la famille et à l'enfance.

---

25 *Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux - Guide d'animation*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, p. 3.

Que faut-il y voir? Certains diront que cela témoigne d'un désintéressement lié au fait que le budget du système de protection, qui est de l'ordre de 750 millions de dollars, ne compte que pour environ 5 % du budget du ministère. Certains réfèrent plutôt à la persistance de préjugés selon lesquels la poursuite d'objectifs aussi nobles et altruistes que la sécurité et le développement des enfants serait difficilement compatible avec une analyse de type administratif. D'autres affirment que l'intervention clinique auprès des familles sera toujours radicalement différente de l'intervention des professionnels de la santé et qu'elle ne peut être soumise à une analyse de même type, même si tous ces professionnels se retrouvent dans un même ministère.

La Commission estime quant à elle que le peu d'importance accordée au devenir du système de protection dans le cadre du débat actuel résulte plutôt d'un point de vue, largement répandu, selon lequel la planification, l'organisation et le fonctionnement d'un tel système ne seraient pas vraiment distincts de l'organisation du système global de services de santé et de services sociaux. Ce point de vue se reflète d'ailleurs dans le plan d'organisation administrative du ministère publié sur son Site Web le 6 septembre 2000. Le plan comprend la mise en place d'une *Direction de la jeunesse, des personnes toxicomanes et de la santé mentale*. La première responsabilité de cette direction est de veiller à l'application, par les régies régionales et le réseau de services, des orientations et des projets ministériels relatifs aux services offerts *« aux jeunes et aux personnes toxicomanes ainsi qu'aux services offerts en santé mentale ».* On observe toutefois que les termes « protection de la jeunesse » ou encore « application de la Loi sur la protection de la jeunesse » ne figurent pas dans le plan d'organisation.

La Commission fait valoir que la gestion du système de protection doit faire objet de considérations particulières**, sans être dissociée de la gestion du système plus large auquel elle appartient.** Les objectifs d'un système de protection, son organisation et son fonctionnement, notamment son système d'information, la gestion de la qualité des interventions ainsi que l'évaluation des résultats obtenus font d'ailleurs objet d'une expertise spécifique.

L'apport des experts en ces matières est indispensable à l'amélioration continue[26] du système de protection que le Québec s'est donné à la fin des années 70 au terme de débats qui ont commencé en novembre 1972[27] et se sont terminé le 19 décembre 1977 avec l'adoption d'une loi communément appelée la Loi 24.

Ces experts existent. Au Québec, où les auteurs du rapport *« Un Québec fou de ses enfants »* ont proposé, il y a maintenant 10 ans[28], une politique globale de soutien aux familles à laquelle serait articulé un système de protection; en Ontario, où le système de protection a fait objet d'une réflexion soutenue depuis quelques années, notamment en matière d'évaluation de résultats et de dispositions favorisant la stabilité des conditions de vie des enfants retirés à la garde de leurs parents; dans l'ensemble des provinces canadiennes, dont le Québec, où une étude sur l'incidence des mauvais traitements est en voie d'achèvement ; aux États-Unis, où les effets organisationnels non voulus des

---

26 *« Toute réforme des systèmes de santé doit avoir pour objectif d'améliorer de manière constante la qualité des soins dispensés, y compris leur rapport coût-efficacité, et doit comporter à cet effet une stratégie claire ».* La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, 1996.

27 *Loi de la protection de la jeunesse*. Projet de loi n° 65. Novembre 1972.

28 *Un Québec fou de ses enfants*. Rapport du groupe de travail pour les jeunes, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991.

systèmes de protection mis en place à la fin des années 60 sont analysés de façon approfondie[29].

2.2 La gestion d'un système de services fondé sur le signalement d'une situation

À la différence de l'intervention courante en matière de santé et de services sociaux, l'intervention en vertu d'un système de protection est une intervention d'autorité, sociale ou judiciaire. Elle repose la plupart du temps, explicitement ou implicitement, sur la dénonciation, par un proche, un voisin ou un professionnel du comportement d'un parent ou d'un adolescent. Qui plus est, cette dénonciation sous forme de « signalement » est, en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, obligatoire en certaines circonstances**.** Si légitime, bénéfique et nécessaire soit-elle**, elle constitue néanmoins une atteinte à la vie privée**, vécue comme telle par beaucoup de parents et d'adolescents.

Ces particularités des services de protection entraînent que leur organisation et leur fonctionnement au sein d'un système d'intervention plus vaste ne peuvent être compris adéquatement en se référant exclusivement au modèle en vertu duquel il existe des services de base et des services spécialisés. Le point de vue selon lequel les services de protection sont simplement des services spécialisés qui prolongent les services psychosociaux de base, ou de première ligne, donnés dans les CLSC, ne rend pas compte de ce qu'ils sont et de leurs caractéristiques organisationnelles spécifiques. L'adoption d'un tel point de vue

---

29 Gilbert, Neil, *Combatting Child Abuse - International perspectives and trends*, 1997, 255 pages. Waldfogel, Jane, *Rethinking the Paradigm for Child Protection,* The David and Lucile Packard Foundation – The Future of Children, 1998, http://www.futureofchildren.org/. General Accountant Office Reports and Testimony, (…suite)

aurait pour effet d'engendrer des confusions graves et de rendre impossible une organisation efficace et efficiente des services tant au sein du système de protection que dans la communauté en général.

La gestion d'une intervention d'autorité, **surtout quand elle se veut relation d'aide**, pose des défis particuliers, tant d'un point de vue juridique que d'un point de vue administratif, sans parler du point de vue professionnel. Cela se vérifie tant au niveau des objectifs de l'intervention qu'au niveau des processus et des moyens. Afin d'éviter de tomber dans le piège du contrôle social à l'endroit des familles pauvres qui constituent la masse principale des clients de tout système de protection, afin de garder sa légitimité au sein d'une société démocratique, cette intervention doit être faite conformément à des politiques et des règles, connues des citoyens, qui fixent les limites à la capacité des pouvoirs publics, en l'occurrence les 16 DPJ du Québec, d'intervenir d'autorité dans la vie privée des personnes.

L'intervention d'autorité doit également être menée conformément à un règlement d'établissement[30]. Loin d'inciter à une bureaucratisation de l'intervention, le règlement devrait avoir pour objectif de **supporter les professionnels dans l'exercice de la responsabilité de déterminer ce qui est socialement requis** afin d'assurer la sécurité de certains enfants ou adolescents tout en assumant, de façon acceptable pour les individus et la société, les risques sérieux associés à toute décision concernant leurs conditions de vie. On peut penser ici aux enfants qui sont maintenus dans leur milieu familial après y avoir été soumis à des mauvais traitements physiques ainsi qu'aux adolescents

FY97. *Child Protective Services: Complex Challenges Require New Strategies,* HEHS-97-115, July 21, 1997, http://www.gao.gov/.

aux prises avec des problèmes de santé mentale. Confrontés à une prise de décision difficile, les intervenants devraient pouvoir compter sur des politiques ministérielles et d'établissement claires, inscrites au règlement, afin d'être en mesure d'exercer leurs responsabilités professionnelles **à l'abri de pressions injustifiées**, qu'elles proviennent de leur établissement ou de l'extérieur de celui-ci.

À l'époque des technologies de l'information, une attention particulière doit également être apportée à la gestion de l'information recueillie en cours d'intervention. L'expérience montre d'ailleurs que l'adoption de protocoles de divulgation des renseignements qui parviennent à concilier les exigences de l'intervention et les droits des enfants constitue un défi majeur pour un système de protection, notamment au niveau des liens entretenus par les DPJ et les organismes de la communauté.

Finalement, cette intervention doit être financée à la hauteur de la demande légitime de services qu'elle entraîne. **L'État n'a pas de choix : il se lie à des exigences de qualité par le fait même qu'il décide de porter atteinte au droit fondamental à la liberté et à la vie privée** et d'intervenir d'autorité dans la vie des citoyens afin d'assurer la sécurité et le développement des enfants et des adolescents.

3 LE PROBLÈME DE LA QUALITÉ DES SERVICES DANS LE SYSTÈME DE PROTECTION

30 La loi prévoit l'existence d'un tel règlement concernant la protection de la jeunesse et l'application de la loi qui la garantit.

L'affirmation selon laquelle les principales doléances des citoyens porteraient sur l'accessibilité aux services et non sur leur qualité est largement répandue. Dans son analyse, la Commission d'étude affirme que les problèmes d'intégration, de coordination et de disponibilité des services *« minent la confiance des citoyens envers le réseau et les amènent à douter de sa capacité à offrir des services de qualité »*[31].

Quoi qu'il en soit de la justesse de cette appréciation portée sur la globalité des services de santé et des services sociaux, la Commission est d'avis qu'elle ne s'applique pas à l'état des services sociaux et de santé offerts aux enfants et aux adolescents soumis à des conditions de vie inacceptables, du point de vue de leur sécurité et de leur développement, au sein de leur milieu familial[32].

Il est vrai que les établissements du système de protection protègent de nombreux enfants des pires excès, jour après jour. Les médias en témoignent régulièrement. La Commission le constate. Elle constate également les nombreux efforts faits, en différents endroits, afin de maintenir ou de mettre en place des services de qualité, conformes au droit des enfants et des adolescents de recevoir des services adéquats. Quelques exemples, choisis parmi d'autres, illustreront cet aspect de la réalité.

---

31 *Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux* - Guide d'animation. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, p. 3.

32 Il faut par ailleurs reconnaître que le système de services sociaux doit aussi répondre à des clientèles non traditionnelles à l'égard desquelles se pose un réel problème d'accessibilité aux services. Le cas des enfants de la rue en témoigne. À ce sujet, voir : *Que signifient les droits et libertés pour les jeunes de la rue?* Forum droits et libertés, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, novembre 1999, 117 pages.

> Dans l'Outaouais, un centre de réadaptation opère depuis plusieurs années, avec l'apport d'experts rattachés à l'Université du Québec à Hull, une unité pour adolescents soumis à une ordonnance de garde fermée en raison de délits majeurs. L'organisation et le fonctionnement de cette unité, où l'on retrouve un personnel en majorité féminin, reposent sur des perspectives et des connaissances cliniques éprouvées. Dans ce contexte, le recours aux services d'une agence de sécurité n'est pas requis.
>
> Dans Lanaudière, le défi de trouver une alternative réaliste et utile pour le Centre des Quatre-Vents en raison du « virage milieu », ainsi que la volonté de transformer les services de pédopsychiatrie du Centre hospitalier régional de Lanaudière sont à l'origine d'un projet qui intègre la vie en résidence de groupe, un programme d'activités individualisées et la pharmacothérapie. Le projet a reçu en 1998 le Grand prix de support à l'intervention clinique décerné par l'Association des centres jeunesse du Québec et, en 1999, une Mention d'honneur spéciale du jury lors du prix d'excellence de l'Administration publique.
>
> En Estrie, une opération d'envergure, impliquant le Centre jeunesse, la régie régionale et le centre hospitalier universitaire, est en cours afin de permettre l'intégration des services offerts aux jeunes atteints de troubles mentaux. Cette opération fait suite à une recommandation formulée en ce sens par la Commission au terme de quelques enquêtes sur les services donnés à cette catégorie de jeunes.

Ces réussites ne peuvent toutefois faire oublier que **le système de protection est confronté à des échecs récurrents** qui, selon l'analyse de la Commission, ne peuvent être réduits à des « accidents de parcours ». Ces échecs résultent en partie des vagues successives de compressions budgétaires et des transformations répétées auxquelles les établissements de services sociaux ont été soumis tout au cours de la dernière décennie[33]. Ils **résultent également de faiblesses structurelles historiques** auxquelles le seul ajout de ressources financières, par ailleurs nécessaire, ne pourra jamais remédier : absence de

---

33 En 1997, les experts du Forum national sur la santé formulaient la mise en garde suivante, tirée de La Santé au Canada – Un héritage à faire fructifier : « *S'il est possible d'atteindre plus d'efficacité dans un système assoupli et mieux intégré, notre structure actuelle, toutefois, ne pourrait pas tolérer de réductions financières soudaines et draconiennes sans en être compromise* ».

système de gestion de la qualité au sein des établissements et d'agrément par un organisme externe, apport négligeable des ordres professionnels du secteur des relations humaines à la qualité des services, rigidité des conventions collectives de travail négociées au niveau central, en certains cas prolongée dans un climat de conflit patronal-syndical au niveau local.

La Commission, qui constate régulièrement que le droit des enfants de recevoir des services adéquats au sens de la LPJ n'est pas respecté à maints égards, croit que **toute réforme valable doit partir d'une reconnaissance de ces problèmes**, sous peine de rater la cible, et de loin. Le dévouement et la compétence de la majorité des intervenants sur le terrain, bien que réels, ne suffiront jamais à améliorer la situation générale de façon significative et le fait de dire sans ménagement les problèmes structurels propres au système de protection ne constitue en rien une négation du mérite de ceux et celles qui persistent à travailler dans des conditions souvent difficiles, voire dangereuses.

Sans entrer dans le détail des problématiques rencontrées, la Commission rappellera brièvement en quoi ses enquêtes récentes ou en cours ainsi que la connaissance globale qu'elle a de la situation par ses représentants en poste dans chacune des régions du Québec, lui permettent d'affirmer qu'il existe un problème global de qualité des services. Elle le fera en identifiant des groupes d'enfants ou d'adolescents qui, dans l'état actuel des choses, **risquent fort de ne pas recevoir les services requis par leur état,** même si le DPJ a déterminé que le signalement de leur situation était recevable au sens de la loi.

3.1 Les enfants soumis à des mauvais traitements physiques

Il faut se rendre à l'évidence. En dépit de toutes les mesures de promotion de la santé et du bien-être, un nombre élevé d'enfants sont soumis par leurs parents à

diverses formes d'abus[34]. Ces abus constituent une atteinte au droit fondamental à la sûreté et à l'intégrité reconnu à toute personne par la Charte.

Un nombre indéterminé d'entre eux[35], de nourrissons et d'enfants en bas âge, perdus dans le discours dominant qui préfère parler de *« jeunes en difficulté »,* sont ou courent des risques majeurs d'être frappés, secoués violemment au point d'en subir des fractures et des dommages cérébraux que les professionnels ne sauraient déceler à l'œil nu, surtout s'ils sont de formation psychosociale[36].

Nés de parents pour une forte majorité en proie à une grande détresse sociale**,** ils sont vraisemblablement quelques centaines au Québec à attendre qu'une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé et des services sociaux soit mise en place dans leur région, comme l'a recommandé la Commission[37], et que leur état de santé ainsi que leurs conditions de vie soient examinés en profondeur, conformément aux connaissances contemporaines au sujet de la maltraitance exercée sur les enfants en bas âge. Quelques-uns en mourront, parfois dans le silence, d'autres verront leurs parents dénoncés en vertu des lois criminelles tandis qu'eux-mêmes traverseront l'épreuve avec des séquelles

---

34 Les mauvais traitements envers les enfants. Bouchard, C., Gauthier, M-C., Massé, R. et Tourigny, M. dans *Traité des problèmes sociaux*, sous la direction de Fernand Dumont, Simon Langlois et Yves Martin. Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, 1994.

35 Diverses statistiques sur les mauvais traitements physiques et la nécessité d'une approche interdisciplinaire sont fournies dans *le Cadre de référence en matière de mauvais traitements physiques faits aux enfants* adopté par l'Association des centres jeunesse du Québec en décembre 1998.

36 Protocole d'intervention – Programme de pédiatrie socio-juridique. Hôpital Sainte-Justine, 1993.

37 *Le cas des enfants maltraités de Beaumont – Rapport d'enquête, décision, recommandations*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, avril 1998, p. 208.

physiologiques irrémédiables et se retrouveront bientôt dans le cortège des enfants identifiés « à besoins spéciaux » par le système d'éducation.

3.2 La négligence àl'endroit des enfants et leur abandon affectif

Des milliers d'enfants souffrent d'un manque d'assistance précoce et soutenue auprès de ceux et celles qui devraient en prendre soin, souvent une jeune mère seule, elle-même une « cliente » récente du système de protection. Incapables de répondre aux besoins les plus élémentaires de leur enfant, incapables de créer chez lui un lien d'attachement pourtant vital, ces parents soumettent leur enfant à une forme d'abandon affectif.

Les conséquences néfastes de ces mauvais traitements physiques par négligence sur le développement sensori-moteur, affectif et intellectuel sont connues. **Les services de base ne répondent pas aux besoins de plusieurs de ces enfants**, faute de ressources, faute d'une approche adéquate face à ce type de problème ou encore parce que les parents refusent l'aide qui leur est proposée. Les services de protection, au sein desquels ils finissent par être référés, n'y répondent pas toujours. Qui plus est, l'utilité fort limitée des méthodes traditionnelles d'intervention auprès de ces familles est largement démontrée[38].

3.3 Les jeunes en centre de réadaptation

---

38 *État des dossiers-usagers et description de parcours d'usagers dans le système de services.* Bédard, J. et Turcotte, P. Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, 1995, 70 pages. *Familles en détresse sociale, Repères d'action. Tome I Du social au communautaire*, Bédard, J. Anne Sigier, 1998, 140 pages.

Chaque année, quelques centaines d'adolescents et d'adolescentes sont confiés à des centres de réadaptation en raison de difficultés d'intégration sociale, familiale et scolaire majeures et non en raison de délits. Dans certaines régions du Québec, des dizaines d'entre eux sont soumis à des conditions de vie **qui vont à l'encontre de leurs droits fondamentaux** pour des périodes allant de quelques jours à quelques semaines ou quelques mois. Confinés, dès leur admission au centre, à une minuscule pièce d'où ils ne peuvent sortir que quelques heures par jour, ils doivent « mériter » plus de liberté à l'intérieur du centre, suite à l'acquisition de « privilèges » associés à un conformisme absolu à des règles de conduite très particulières. Les faits qui suivent, établis dans le cadre d'une enquête récente de la Commission, en témoignent :

> « Lorsqu'un adolescent est admis au centre, il passe nécessairement les 24 premières heures dans une chambre, la porte étant verrouillée de l'extérieur. Au cours de ces 24 heures il doit porter une robe de chambre. Privé de toute activité, l'adolescent est informé de ce qui suit, conformément au code de vie du centre : "*Entre le moment du lever et du coucher, tu peux t'allonger, cependant jamais sous tes couvertures.* ***Tu ne demeures jamais dans l'obscurité, ta lumière est allumée; tu ne dois pas dormir*** *».*
>
> Ces premières 24 heures sont suivies d'une autre étape, d'une durée d'au moins deux jours, au cours de laquelle l'adolescent sera confiné 23 heures par jour dans cette chambre. On lui accorde une heure d'activités dans une cour extérieure. S'il se conforme aux attentes de l'établissement durant ces deux jours, l'adolescent passera alors aux étapes ultérieures caractérisées par le fait que le temps passé en chambre verrouillée diminuera progressivement. »

3.4 Les problèmes en santé mentale

Un nombre croissant d'enfants et d'adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale est détecté chaque année. Toutefois les équipes interdisciplinaires en mesure de les aider adéquatement n'existent tout simplement pas, si ce n'est en quelques endroits exceptionnels. Les services interdisciplinaires requis par l'état de ces enfants et de ces adolescents ne sont pas disponibles, que ce soit au niveau des services de base, en CLSC ou à l'école, ou encore en centre jeunesse et en milieu hospitalier.

La Commission constate qu'un lavage d'estomac en clinique d'urgence ou un avertissement aux parents de surveiller davantage leur enfant de la part du personnel des centres jeunesse demeure, plus souvent qu'autrement, la seule assistance donnée à un adolescent ou une adolescente qui a fait une tentative de suicide.

3.5 Les enfants en famille d'accueil

Des centaines d'enfants, en l'an 2000 tout comme en 1970, sont ballottés d'une famille d'accueil à une autre ou de leur milieu parental à une famille d'accueil. Les connaissances contemporaines montrent pourtant, comme jamais auparavant, l'importance du lien d'attachement dans la vie de tout enfant en bas âge.

Qui plus est, plusieurs de ces enfants ne peuvent plus, à l'heure actuelle, développer un lien d'attachement avec l'intervenant responsable de leur

situation[39]. **Dans le cadre actuel d'organisation du travail, celui-ci ou celle-ci est appelé à changer fréquemment de poste**.

À l'encontre d'une disposition de la LPJ qui crée l'obligation de se rendre dans le milieu de vie de l'enfant le plus souvent possible, les intervenants ne sont plus en mesure de maintenir un contact régulier avec les enfants dont ils ont charge. Un groupe de travail constitué par le ministère fait d'ailleurs le constat suivant : *« Le soutien offert aux enfants placés en ressource de type familial se situe généralement en deçà des normes prescrites par la loi et les règlements en vigueur. On ne fait pas ce qu'il faut faire. Ce défaut d'accomplir l'ensemble des fonctions selon les standards de qualité attendus touche la plupart des acteurs en cause, depuis le ministère de la Santé et des Services sociaux jusqu'aux centres jeunesse, en passant par les régies régionales »*[40].

3.6 Les enfants des communautés autochtones

Les enfants autochtones sont, dans certaines communautés, privés des services auxquels ils ont droit en vertu de la LPJ. Pourquoi en est-il ainsi? La Commission observe que, trop souvent hélas, les intervenants des communautés autochtones n'ont pas reçu la formation qui leur permettrait de s'acquitter adéquatement des responsabilités qu'on leur confie en vertu de la LPJ. Les professionnels en provenance de l'extérieur des communautés autochtones n'y restent pas. À la première occasion, ils quitteront leur emploi pour retourner dans un milieu avec lequel ils sont plus familiers. À cela s'ajoutent les difficultés

39 Un rapport récent de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec établit qu'en un seul mois 900 enfants ont changé de travailleuse sociale au Centre jeunesse de Montréal.

d'implantation de la loi au sein de communautés où le concept de responsabilité parentale et celui de responsabilité communautaire revêtent des caractéristiques particulières. Finalement, la Commission observe une méfiance globale à l'égard du système de protection en raison notamment du fait que l'exercice des responsabilités exclusives du DPJ risque parfois d'entrer **en conflit avec les structures traditionnelles d'exercice de l'autorité au sein de la communauté.** Le résultat net est parfois dramatique : le DPJ n'exerce pas ses responsabilités et la communauté, isolée, ne les assume pas davantage.

3.7 Les enfants et les adolescents en attente de services

Les enfants et les adolescents du système de protection ne sont pas dans les salles d'urgence des hôpitaux, là où se rendent périodiquement les caméras de télévision. Il incombe à un organisme chargé d'assurer le respect de leurs droits de clamer qu'ils existent. Même si le problème des listes d'attente à la porte d'entrée du système est sérieusement contrôlé depuis quelques années en comparaison à ce qu'il était au milieu des années 80[41], force est de reconnaître que **cela n'a pas pour autant réglé des situations tout aussi intolérables, cette fois-ci en aval de la décision d'orientation**.

Dans les grands centres urbains, l'incapacité du système à offrir les services préalablement identifiés comme étant socialement requis se traduit de façon récurrente par le fait que de nombreux adolescents et adolescentes sont laissés

---

40 *Famille d'accueil et intervention jeunesse* – Rapport du Groupe de travail sur la politique de placement en famille d'accueil, soumis au ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Jeunesse, Mai 2000, p. 87.

41 *Comité de la protection de la jeunesse*, avril 1987. Recommandation adressée à la ministre de la Santé et des Services sociaux concernant la normalisation des charges de travail en fonction de la diversité des signalements ainsi que la normalisation de

(…suite)

pendant des jours et des semaines à croupir dans des salles et des lieux de transition, gardés dans l'oisiveté par des personnes qui n'ont pas les ressources nécessaires pour les aider.

En région éloignée des grands centres urbains, le même phénomène, **tout en étant moins visible parce que les jeunes ne sont pas gardés en un même endroit**, peut néanmoins prendre un visage dramatique comme le révèle le cas suivant, où une chambre d'isolement devient une salle d'urgence.

> « Une adolescente de 16 ans demande l'intervention de la Commission, affirmant être, depuis trois jours, dans une chambre d'isolement. Elle est hébergée dans une ressource faite pour les garçons, dans l'attente d'un placement adapté à sa situation.
>
> L'enquête de la Commission révèle qu'il s'agit d'une adolescente signalée au DPJ à l'âge de 8 ans, en raison d'abus sexuel de la part de son père. Au cours des 19 mois précédant sa demande à la Commission, elle a séjourné dans 18 lieux d'hébergement différents. À sept reprises, elle a vécu dans des ressources résidentielles destinées aux garçons.
>
> Les événements immédiatement associés à sa demande sont les suivants : le 2 mai, contrairement à une ordonnance judiciaire la plaçant en centre de réadaptation, elle se trouve dans son milieu familial. Le 29 mai, suite à une altercation avec son père, elle est admise en centre de réadaptation. Le 31 mai, elle est transférée d'une unité à l'autre. Par mesure préventive, on lui passe des menottes. À son arrivée dans la nouvelle unité, on lui demande d'enlever ses vêtements. Elle est partiellement nue en présence d'un personnel masculin qui constate plusieurs ecchymoses résultat de l'altercation survenue avec son père quelques jours plus tôt. Aucun service de santé ne lui est offert. Étant hébergée dans un centre pour garçons, elle est effectivement confinée à une chambre d'isolement pendant cinq jours. Elle quitte ce lieu suite à l'intervention de la Commission. »

Ce genre d'événements n'est ni exceptionnel, ni chose du passé. La Commission procède actuellement à une enquête sur le fait qu'au début de

---

l'encadrement et du soutien requis afin d'assurer le respect du droit à des services (…suite)

septembre 2000**, un enfant de 11 ans a été confiné durant plus de 15 jours dans une chambre de retrait** dont les caractéristiques sont celles d'une salle isolement : superficie d'environ 4m², interdiction d'effets personnels, absence de fenêtre ouvrant sur l'extérieur, porte verrouillée lorsque des adolescents plus âgés sont détenus dans les salles voisines. Au moment de son admission au centre de réadaptation, l'enfant provenait d'une famille d'accueil où il avait été victime d'agression sexuelle.

3.8 Les jeunes de la rue

Ils sont de 4 à 5,000, à Montréal seulement. Une étude menée auprès des groupes vivant dans le quartier Rosemont démontre que la majorité ont entre 15 et 17 ans[42] Une autre étude, menée auprès de 517 jeunes du centre-ville, indique que 60% ont été expulsés de leur foyer, 40% se sont déjà injecté des drogues, plus du tiers ont été victimes d'abus sexuel, près du quart ont fait de la prostitution et plus du tiers ont essayé de se suicider. Selon l'adjoint au directeur à la direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, le taux de mortalité chez les jeunes de ce groupe est « *13 fois plus grand (...) que les jeunes québécois du même âge* »[43].

Les experts affirment que ces jeunes se retrouvent dans la rue suite à une chaîne d'événements dont le dénominateur commun est l'exclusion, qu'elle soit de la

adéquats.

42 Les jeunes de la rue, qui sont-ils? Qui sont-elles, Dion, A. et Picard, I. dans Actes du Forum Droits et Libertés publiés par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse : *Que signifient les droits et libertés pour les jeunes de la rue*?, Novembre 1999, p. 11.

43 Divers types d'intervention et perspectives d'action. Roy, D. dans Actes du Forum Droits et Libertés publiés par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse : *Que signifient les droits et libertés pour les jeunes de la rue*?, Novembre 1999, p. 50

famille, du réseau des pairs, de l'école, de la famille d'accueil ou du centre de réadaptation[44]. En contrepartie d'autres font voir que la rue peut également être le lieu où se construit un « réseau porteur de stratégies de protection, de socialisation et de citoyenneté pour les jeunes »[45].

La Commission rappelle que ces jeunes ont **droit à la santé, à l'éducation, à la sécurité et à la protection**, en dépit du style de vie qu'ils ont choisi ou qui s'est imposé à eux. La mise en œuvre de ce droit demeure un objectif complexe, parsemé d'embûches, dont l'atteinte constitue néanmoins un impératif. Une intervenante auprès de ces jeunes en témoigne :

> « Le décrochage du réseau institutionnel face aux jeunes de 16-17 ans doit être dénoncé. Le système de protection de la jeunesse est confronté à une surcharge de dossiers et un manque de places. En conséquence l'accès est difficile surtout pour les jeunes qui s'approchent de la majorité. (…) Cependant, multiplier les services peut avoir l'effet inverse. Les jeunes risquent de disparaître dans la clandestinité des réseaux de la rue, de peut d'être dépistés, catalogués, étiquetés, judiciarisés, médicalisés et ainsi perdre complètement tout contrôle sur leur existence. D'ailleurs la criminalisation et la médicalisation des jeunes de la rue sont de plus en plus mises de l'avant par les institutions de sécurité publique et par les recherches épidémiologiques dans le domaine de la santé et des services sociaux »[46]

4 LES FACTEURS À L'ORIGINE DES PROBLÈMES DE QUALITÉ DANS LE SYSTÈME DE PROTECTION

Plusieurs des constats du ministère relatifs aux obstacles à l'efficacité globale du système de santé et de services sociaux s'appliquent aux services

---

44 Id., p. 43

45 *Quels jeunes et quelle rue? Un univers de pratiques et de représentations où les familles sont présentes et actives*. Hurtubise, R. et Vatz Laaroussi, M. Bulletin de liaison du Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec. Vol.2, no 2, été 2000, pp. 1-4

46 Dion, A. et Picard, I, op. cit., p. 14.

psychosociaux destinés aux enfants[47]. Néanmoins, ces constats ne suffisent pas à rendre compte de l'état actuel du système de protection des enfants, ce que la Commission illustrera dans les pages suivantes.

4.1 Le morcellement des interventions

Les services psychosociaux de base, donnés en CLSC et dans le milieu scolaire, ne répondent pas aux besoins courants de nombreuses familles aux prises avec les problèmes de nature psychosociale associés à la pauvreté sous toutes ses formes. Ces problèmes et leurs effets sur le bien-être des enfants ont été amplement mis en évidence par le Groupe de travail sur les jeunes qui, en 1991, avait tracé le canevas de base d'une intervention intégrée au bénéfice des familles. Cette perspective d'intégration des services a été à nouveau mise de l'avant en 1998 par le Comité jeunesse, communément désigné le comité Cliche, du nom de son président[48].

La difficulté à intégrer et coordonner les services de base et les services du DPJ est majeure. La quantité imposante de signalements refusés par les DPJ même s'ils avaient été faits par les professionnels de divers milieux sont un indicateur de cet aspect de la réalité. Entre 1993 et 1998, 23 884 personnes du milieu scolaire ont signalé au DPJ la situation d'un enfant. Dans 49 % des cas, le personnel du DPJ, sans avoir procédé à une évaluation au sens de la loi, a jugé que ce n'était pas recevable. Du côté des CLSC, 10 478 personnes ont signalé la situation : dans 41 % des cas, le personnel des DPJ a estimé que ce n'était pas

---

47 *Organisation des services : état de situation et perspectives.* Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2000, 11 pages.

48 Agissons en complices – Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 55 p.

recevable. Du côté des centres hospitaliers et des médecins en clinique, 7710 personnes se sont adressées au DPJ qui, dans 39 % des cas, a jugé que ce n'était pas recevable.

De façon complémentaire, les travaux du Vérificateur général ont démontré que le manque d'intégration des services se reflétait la réponse donnée par les DPJ à de nombreux signalements :

> « Il n'est pas fréquent que les centres jeunesse dirigent un jeune, qui a fait l'objet d'un signalement mais dont la sécurité ou le développement n'a pas été jugé compromis, vers le CLSC de son territoire. Ainsi, selon nos sondages, **seulement 14 p. cent des cas de négligence et des troubles de comportement en 1996-1997 et 1997-1998 et pour lesquels on notait un besoin d'aide évident ont été adressés aux CLSC concernés. (...)** Mais ce n'est pas tout! Nous avons constaté, pour 1996-1997- toujours au sujet de ces jeunes qui n'ont pas fait l'objet d'une référence – que la situation de 13 p. cent d'entre eux s'était détériorée avant le 31 mars 1998. Cette aggravation avait mené à leur prise en charge par les centres jeunesse et, dans la plupart des cas, à leur hébergement subséquent dans une famille d'accueil ou un centre de réadaptation[49]. »

Le morcellement des interventions trouve son expression la plus achevée dans le **manque d'approche interdisciplinaire impliquant les professionnels de la santé et des services sociaux** appelés à intervenir auprès des enfants soumis à des mauvais traitements physiques**.** Ce manque d'interdisciplinarité à la grandeur du Québec a été identifié par la Commission une première fois en 1980[50], puis en 1984 dans un rapport qui suggérait les pistes de travail susceptibles d'y

---

49 *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 1997-1998* – TOME II – Chapitre 4 . Gestion des services sociaux aux jeunes. Le Vérificateur général du Québec, par. 4.67 et 4.68.

50 *Le décès de Julie Viau à La Sarre*. Comité de la protection de la jeunesse, Rapport d'activités 1980-1981, p. 27.

remédier[51]. Il a été rappelé dans des circonstances tragiques en 1998, au terme de l'enquête sur l'Affaire de Beaumont[52].

En juin 2000, le ministère, qui n'a pas donné suite aux recommandations réalistes formulées par la Commission afin de corriger au plus tôt cette situation dramatique en raison de sa persistance dans le temps et de ses effets sur la vie et le respect des droits fondamentaux reconnus aux enfants, constate pour sa part que les *« mesures susceptibles d'encourager le travail interprofessionnel sont, à toutes fins utiles, inexistantes »*[53].

Ayant rappelé les efforts faits au cours des dernières années pour remédier au morcellement de l'intervention dans l'ensemble du réseau de services socio-sanitaires, le ministère affirme ce qui suit :

> « Tous les efforts du passé se sont butés au même écueil **: l'absence de responsabilité envers la personne tout au long de l'intervention**. Ainsi chaque professionnel et chaque établissement est responsable d'un segment, d'un épisode, d'une partie de l'intervention. La personne doit souvent se débrouiller seule pour trouver les passerelles, établir les relais nécessaires. Le problème est décuplé pour les personnes plus vulnérables[54]. »

---

51 *La concertation socio-médicale*, Comité de la protection de la jeunesse, 1984, 92 pages.

52 *Le cas des enfants maltraités de Beaumont*, *Rapport d'enquête, décision, recommandations*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, avril 1998, 225 p.

53 *Organisation des services : état de situation et perspectives*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2000, p. 5.

54 *Organisation des services : état de situation et perspectives*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2000, p. 6.

La Commission d'étude affirme pour sa part que le système actuel ne comporte pas *d'endroit, de lieu de responsabilité et d'imputabilité que la personne peut identifier facilement*[55].

Selon le ministère et la Commission d'étude, les mécanismes qui seront mis en place afin d'apporter une solution à ce problème constituent un élément central de toute réforme du système.

Quelque peu étonnée face à cette affirmation relative à « l'absence de responsabilité envers la personne », la Commission invite les parties concernées à prendre conscience du fait que le système de protection en vigueur au Québec a été organisé, dès 1979, précisément autour de **l'exercice d'une telle responsabilité, confiée en exclusivité au DPJ,** à son personnel ainsi qu'aux personnes physiques qu'il autorise à exercer des responsabilités au sens de la LPJ[56].

La mise en œuvre d'un tel système, axé sur l'imputabilité et la responsabilité d'une personne, s'est avérée laborieuse dès ses débuts, vraisemblablement en raison du fait qu'elle constituait une réforme en profondeur de l'organisation des services sociaux de l'époque. Afin de résoudre les problèmes majeurs qui s'étaient accumulés au cours des deux premières années d'application du système, le gouvernement instituait en 1981 une commission parlementaire spéciale, présidée par l'actuel président de l'Assemblée nationale. Au terme de

---

55 *Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux* : Guide d'animation. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Août 2000, p. 5.

56 L'article 32 de la *Loi sur la protection de la jeunesse* décrit ces responsabilités exclusives. Elles portent sur l'accès au système, l'évaluation du cas, l'élaboration du plan d'intervention et la révision périodique du cas.

son examen de la situation, la Commission Charbonneau recommandait, en 1982[57], de renforcer l'importance du DPJ en précisant par voie législative ses responsabilités exclusives et son insertion indispensable dans un réseau de services publics et communautaires.

Quel enseignement faut-il tirer du fait que la mise en place d'un système de protection axé sur la création d'un *« lieu de responsabilité et d'imputabilité que la personne peut identifier facilement »* n'ait pas donné tous les résultats escomptés depuis vingt ans? Il est certainement permis de répondre en affirmant que **le fait de désigner une « personne responsable » ne suffit pas à garantir l'accessibilité et la qualité des services.** De nombreuses autres conditions sont requises afin d'atteindre un tel objectif**.**

4.2 Les blocages propres à l'organisation et au fonctionnement du système de protection

Divers blocages font que le système de protection ne peut, à l'heure actuelle, faire face adéquatement aux défis auxquels il est confronté, que ce soit en matière de financement, d'organisation interne ou de qualité de services. Du point de vue de la Commission, ces blocages doivent être supprimés afin que soit respecté le droit reconnu aux enfants de recevoir les services requis par leur état.

4.2.1 La nécessité d'apporter des précisions à la loi

[57] *Rapport de la commission parlementaire spéciale sur la protection de la jeunesse*. Assemblée nationale du Québec, 1982.

Les services de protection reposent sur une loi qui, à certains égards, a besoin d'être révisée afin de favoriser l'intégration des divers types de services offerts aux enfants et aux familles.

Les familles à risque. L'article 38 de la LPJ établit que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis *« s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie* ***risque*** *de créer pour lui un danger moral ou physique ».* Bon an mal an**, environ 48 % des 25 000 signalements jugés recevables par les** DPJ portent précisément sur de telles situations**.** Le caractère imprécis de cette disposition tient en particulier au fait que l'intensité du risque encouru par l'enfant est laissée à l'appréciation de chacun. Par ailleurs certains se croiront obligés de faire un signalement dès qu'il y a un risque tandis que d'autres affirmeront qu'il faut au préalable avoir épuisé les autres façons de protéger l'enfant.

Cette imprécision est mise en évidence dès que le ministère vise une plus grande intégration des services. En 1984, au moment d'un important transfert d'effectifs des centres de Services sociaux de l'époque vers les CLSC, le Comité de la protection de la jeunesse recommandait d'ailleurs au ministre des Affaires sociales de revoir *« les problématiques visées par l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse pour en arriver à établir le cadre de référence le plus précis possible des problématiques qui relèvent de l'application de cette loi en regard de celles qui relèvent de la Loi sur les services de Santé et les Services sociaux »*[58]*.* Seize ans plus tard, aucune précision, législative ou réglementaire, n'a été apportée en ce sens.

---

58 *Commentaires et recommandations sur le Cadre relatif au partage des responsabilités CSS – CLSC en matière de services sociaux*, Comité de la protection de la jeunesse, 14 février 1984.

À quel moment le signalement de la situation devient-il obligatoire pour celui ou celle qui intervient dans ces familles? En vertu de quels critères le DPJ détermine-t-il si ce signalement est recevable ou non et si des mesures d'urgence s'imposent ou non? La loi, la réglementation d'établissement ou gouvernementale, les directives ministérielles ne fournissent aucune indication qui permette une réponse satisfaisante à la question. Pourtant, le besoin de ces indications est encore plus pressant aujourd'hui, alors que les professionnels de diverses disciplines se regroupent de plus en plus en équipes interdisciplinaires. C'est ainsi que des personnes appartenant à diverses catégories d'établissements ou d'organismes du milieu scolaire ou communautaire sont appelées à travailler ensemble auprès des nombreuses familles dites *à risque*.

Dans ce contexte, la Commission entend régulièrement des personnes, en provenance du milieu scolaire, des CLSC ou des organismes communautaires affirmer que ça ne vaut plus la peine de perdre son temps à essayer de convaincre le personnel du DPJ qu'il devrait recevoir le signalement et qu'il vaut mieux *« attendre que ça saigne avant de signaler ».*

Les enfants et les adolescents en proie à des problèmes de santé mentale. Le besoin d'apporter des précisions à la loi se fait sentir avec acuité en regard d'un groupe nouvellement identifié, les enfants et les adolescents en proie à des problèmes de santé mentale. Une vaste opération de transformation des services de santé mentale est en cours au Québec. Dans le cadre de cette opération, les besoins particuliers des enfants, ceux des jeunes et des parents présentant des problèmes de santé mentale sont enfin reconnus. Dans l'état actuel des choses, la LPJ peut s'appliquer à ces enfants et ces adolescents puisqu'elle englobe les situations où *« un enfant manifeste des troubles de*

comportement sérieux » ainsi que les situations dans lesquelles le parent a un comportement ou un mode de vie, attribuable à un problème de santé mentale, qui risque de causer des préjudices graves à son enfant. Toutefois **le besoin de préciser les responsabilités des divers acteurs engagés dans la prestation de services intégrés et continus à ces personnes est patent**, en raison notamment des responsabilités exclusives confiées au DPJ[59]. Ce besoin est formellement reconnu par le groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale.

Le maintien dans le milieu familial. Le système de protection repose sur un principe fondamental, dont la portée demeure ouverte, comme le suggèrent les mots mêmes de la loi : *« Toute décision prise en vertu de la présente loi doit **tendre** à maintenir l'enfant dans son milieu familial. Si, dans l'intérêt de l'enfant un tel maintien ou le retour dans son milieu familial n'est pas **possible**, la décision doit **tendre** à lui assurer la continuité des soins et la stabilité des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge et se **rapprochant le plus** d'une milieu familial **normal** »*[60].

Malgré les tensions générées par la mise en application de ce principe éminemment général, notamment entre le point de vue clinique et le point de vue juridique, entre le respect des droits de l'enfant et ceux de ses parents, malgré son impact majeur sur le financement des services, aucune directive ministérielle n'a été émise conformément à l'article 133.1 de la Loi afin de préciser les critères de maintien en milieu familial ou de placement en relation avec des catégories de clientèles définies.

---

59 *Forum sur la santé mentale – Guide de discussion*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2000, p. 7.

60 LPJ, art. 4. Les caractères gras ont été ajoutés au texte de la loi.

En l'absence d'orientations définies en ces matières, le changement de lieu de résidence des parents d'un enfant placé en famille d'accueil pourra, dans certains cas, entraîner le changement de famille d'accueil de l'enfant à l'encontre de son droit à la stabilité et à la continuité de ses conditions de vie[61].

4.2.2 Les carences du système de gestion de l'information

Malgré les indications de la communauté internationale[62] en ce sens, la gestion du système de protection ne repose pas encore sur un système d'information qui refléterait de façon significative ses activités compte tenu des caractéristiques de ses clientèles, des objectifs poursuivis, des moyens utilisés et des résultats obtenus. Cette carence a des conséquences majeures à plusieurs points de vue comme le suggèrent les observations suivantes.

Le système d'information ne donne pas l'information permettant d'assurer un financement stable ainsi qu'une organisation efficace des services d'évaluation des signalements. Par exemple, le système d'information ne permet pas de distinguer le signalement de la situation d'un enfant en bas âge au sein d'une famille associée au crime organisé, le signalement de la situation d'un enfant qui vit avec une mère aux prises avec des problèmes de santé mentale et le signalement d'un enfant qui présente le syndrome d'aliénation parentale en

---

61 La mise en œuvre du principe de maintien en milieu familial génère le même type de tensions ailleurs au Canada ainsi qu'en divers pays d'Europe. À ce sujet, voir *Looking After Children in Canada : Final Report.* Kufeldt, K., Vachon, J. et Simard, M. Université Laval – University of New Brunswick, juin 2000, pp. 69 ss.

62 « *Pour pouvoir améliorer de manière continue la qualité des soins, il faut disposer de systèmes d'information reposant sur des indicateurs choisis de qualité des soins établis à partir des activités courantes et communiqués en retour aux (...) prestataires de soins.* » Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, OMS, 1996.

raison du comportement de son père, impliqué dans des procédures de divorce interminables et amères.

Les statistiques régionales et nationales feront état de trois signalements jugés recevables en raison du même motif : le comportement ou le mode de vie des parents qui risque de créer un danger pour l'enfant. Une évaluation adéquate de ces trois signalements comporte pourtant des **exigences spécifiques à chacun, que ce soit du point de vue des ressources humaines et financières requises ou du point de vue de l'organisation des services,** que ce soit sur une base régionale ou, au besoin, suprarégionale**.**

Cette lacune des systèmes d'information a des effets négatifs importants, en commençant par le fait que le ministère, au moment de lancer sa consultation publique sur l'organisation et le financement des services, n'a pas publié quelqu'indicateur que ce soit sur l'état de bien-être des enfants, alors qu'il mettait à la disposition du public un Rapport élaboré sur la santé des Québécois[63].

De leur côté les dirigeants d'établissements, incapables de justifier leurs demandes de fonds sur des bases précises et objectives, se voient confrontés à un obstacle quasi insurmontable qui s'exprime fréquemment dans le commentaire suivant : de toutes façons, le système de protection, c'est un gouffre sans fond!

Incapables d'organiser les services de façon adéquate, faute d'entente sur les activités et les ressources requises afin d'évaluer les signalements selon la

63 *Santé au Québec : quelques indicateurs*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Juin 2000, 86 p.

catégorie à laquelle ils appartiennent, certains dirigeants ou chefs d'équipe laisseront leur personnel se débrouiller sans le support requis. D'autres fixeront des normes de productivité irréalistes dans le but d'éviter à tout prix la création de listes d'attente à l'évaluation, peu importe les conséquences sur la santé des intervenants et la qualité de leur intervention. **D'autres compromettront la qualité du travail des équipes chargées de l'application des mesures de protection afin d'éviter àtout prix ces listes d'attente.** Confrontés à des situations de grande violence, mal outillés pour y faire face, les intervenants se comporteront quant à eux de façons variées. Certains deviendront des spectateurs passifs. Ils ont peur, légitimement d'ailleurs. Pendant ce temps, certains enfants demeureront dans un milieu de grande violence, en proie à la terreur durant plusieurs années.

4.2.3 Le cadre de gestion des ressources humaines

Le cadre actuel de gestion des ressources humaines, notamment dans les centres de réadaptation pour jeunes, a des effets négatifs importants sur la continuité des services offerts aux adolescents et aux adolescentes et sur leur caractère adéquat. Selon les informations portées à la connaissance de la Commission, la majorité des heures de présence auprès des jeunes sont accomplies par des éducateurs et éducatrices qui occupent des postes temporaires ou sur appel et qui se déplacent constamment afin d'obtenir progressivement ce qui, à leurs yeux, constitue de meilleures conditions de travail.

La Commission souligne que ce facteur constitue, à lui seul, un obstacle majeur à la mise en place de services de qualité pour deux motifs. Il existe un consensus selon lequel la cohérence et la continuité des personnes significatives auprès des jeunes en difficulté constituent un ingrédient fondamental de toute

intervention réussie[64]. Il est par ailleurs facile de comprendre dans quelle situation peuvent se trouver des éducatrices et des éducateurs qui se connaissent à peine et qui doivent animer la vie d'un groupe de 12 jeunes qu'ils connaissent à peine, alors que ces jeunes ont été confiés à un centre de réadaptation en raison d'une impossibilité majeure de vivre une vie normale en société. **À la moindre incartade les éducateurs et les éducatrices auront tendance à utiliser les chambres sécuritaires** ou toute autre mesure privative de liberté, par crainte de perdre le contrôle sur la situation. De telles pratiques constituent la négation des droits fondamentaux, reconnus aux adolescents par la Charte.

4.2.4 La sélection et la formation du personnel

De nombreux intervenants, notamment ceux qui sont affectés à l'évaluation des signalements, sont mal préparés à l'accomplissement de leurs responsabilités professionnelles. Trop souvent, ils occupent un poste dans l'attente d'un autre poste qui leur conviendrait effectivement beaucoup mieux. Plusieurs d'entre eux vivent avec une peur constante de faire l'objet de représailles de la part de certaines familles avec lesquelles ils sont en contact.

La Commission constate également que certains, qui n'ont pas les aptitudes requises compte tenu des caractéristiques du travail dans un système de protection, s'y retrouvent en raison des règles d'ancienneté qui président à l'organisation du travail. Elle croit qu'un effort majeur devra être fait afin d'examiner cet aspect de la question.

---

64 *Intervenir autrement. Un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté.* Le Blanc, M., Dionne, J. Proulx, J. Grégoire, J.C. Trudeau-Leblanc, P. Les Presses de l'Université de (…suite)

4.2.5 Le manque de services efficaces en amont du système de protection

Pour être efficace, il est essentiel qu'une intervention en vertu du système de protection soit intégrée à d'autres approches qui, habituellement, la précèdent dans le temps, avec l'intensité voulue. À défaut d'une telle intégration, l'intervention en vertu du système de protection devient en partie le fourre-tout de la détresse ou de la marginalité sociale sous toutes ses formes, l'exutoire des autres réseaux de services et non le complément indispensable des services de garde, des services d'éducation, des services de santé et des services psychosociaux de base.

Le manque de ressources et de services antérieurs à l'intervention en vertu de la LPJ est dénoncé régulièrement depuis plusieurs années, notamment depuis la vague de compressions budgétaires dans les écoles, les CLSC et les centres hospitaliers**.**

La carence de services est particulièrement flagrante à l'école, une institution sociale que les enfants et les adolescents doivent fréquenter. L'école est pour eux un milieu de vie et ils y vivent une part significative de leur existence, en termes de réussite ou d'échec tant social que scolaire. À cela s'ajoute le fait que l'école constitue, pour nombre de parents dépassés par leurs responsabilités tout en étant profondément désireux de les assumer, le lieu où ils sont les plus réceptifs à une assistance psychosociale adaptée à leur situation. Dans ce contexte, les coupures d'effectifs dans les services complémentaires ont eu des effets négatifs importants. La forte quantité de signalements en provenance du milieu scolaire, jugés non recevables par le DPJ, témoigne à sa

Montréal, 1998, p. 202.

façon du fait **que le système de protection est devenu, en partie, l'exutoire d'un réseau scolaire mal équipé pour répondre aux besoins des enfants**.

Cette carence de services psychosociaux se manifeste également par l'absence de ressources et de programmes de base communs à tous les CLSC. En raison du virage ambulatoire et des nouveaux besoins que cela a entraînés, le personnel de ces établissements a dû s'éloigner encore davantage de l'accomplissement de sa mission sociale pourtant indispensable au développement d'une société en santé. Pendant ce temps de nombreux parents demeurent totalement désemparés et dépourvus, par exemple face aux comportements bizarres ou agressifs de leur enfant suite à un événement qui l'a traumatisé. D'autres, incapables financièrement d'avoir accès à des consultations en bureau privé, vivent une angoisse profonde et ne sont d'aucun secours à leur enfant qui manifeste des tendances suicidaires ou un comportement dépressif répété.

5 LES LEVIERS D'ACTION NÉCESSAIRES À LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE PROTECTION

La Commission convient entièrement que la transformation du système de protection des enfants doit être étroitement associée à des projets de réforme plus vastes, mis de l'avant à l'occasion de la révision globale du système de santé et de services sociaux. Cette question sera abordée plus directement dans la dernière partie du mémoire.

Elle croit toutefois que l'exercice de révision du système socio-sanitaire ne dispense pas les décideurs de s'attarder au fait que **des réformes spécifiques au système de protection doivent être entreprises de façon concomitante à cette**

réforme globale. Les établissements ne peuvent, de façon isolée, mener à terme ces réformes. Elles seront décrites brièvement et portées à l'attention des membres de la Commission d'étude afin qu'ils puissent saisir l'ampleur de la tâche qui incombe aux personnes chargées de la protection de la jeunesse au Québec.

5.1 Les actions en cours

La Commission veut d'abord souligner que les établissements auxquels appartiennent les DPJ ont, au cours des dernières années, fait des efforts exceptionnels afin de mieux intégrer leurs services avec ceux donnés par les CLSC[65] et les médecins[66]. Ils ont également mis en place des projets spécifiques afin d'améliorer la qualité des services professionnels donnés par l'ensemble de leur personnel.

Ces efforts ont été coordonnés à l'échelle du Québec par l'Association des centres jeunesse qui en a fait sa priorité comme en fait foi le rapport annuel de l'organisme[67]. Ils sont supportés par un ministre délégué à la Protection de la jeunesse qui voit à leur financement, entreprend des actions complémentaires, par exemple l'examen de la qualité des services donnés aux enfants placés en famille d'accueil ou encore une étude sur l'opportunité de mettre en place une

---

65 *Services à la jeunesse - CLSC et Centres jeunesse, des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille*. Association des centres jeunesse - Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Juin 1998, 20 p.

66 *Le suicide chez les usagers des Centres jeunesse : il est urgent d'agir!* Association des Centres jeunesse - Collège des médecins du Québec - Le Protecteur du Citoyen, Avril 1999, 55 p.

67 *Rapport d'activités de l'Association des centres jeunesse du Québec*, Montréal, 2e trimestre 2000.

ressource résidentielle de réadaptation à vocation suprarégionale, destinée aux adolescents les plus éprouvés.

La Commission souligne en particulier la mise en place de programmes intégrés de formation continue du personnel, rendus possibles par une subvention spéciale du ministère, le développement d'un système informatisé d'aide à la décision qui supportera le personnel des DPJ appelé à évaluer les situations, l'adoption d'un ensemble de pratiques recommandées ainsi que la normalisation des ressources requises pour effectuer certaines opérations.
Il faut néanmoins garder à l'esprit que les efforts faits par une association dont les pouvoirs sur ses membres sont d'ordre moral et non hiérarchique ne pourront jamais, à eux seuls, **apporter une solution durable aux problèmes les plus criants du système de protection**, en particulier son intégration réussie à des systèmes d'intervention plus larges. Ils ne pourront pas non plus pallier à l'absence de système interne de gestion de la qualité dans chaque centre jeunesse, dont la valeur serait garantie par un organisme neutre et externe, le Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et de services sociaux.

5.2 La nécessité d'un leadership ministériel intensifié

Le ministère a, sans conteste, exercé une activité plus intense dans le secteur des services à l'enfance et à la famille au cours d'un passé récent. L'annonce en juin 2000 d'un vaste plan d'intervention sur trois ans, destiné à supporter les familles à risque dès la naissance de leur enfant, en témoigne[68], tout comme

68 *Proposition du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des travaux du chantier gouvernemental en vue du Sommet du Québec et de la jeunesse*. Document inédit, non daté, 9 p.

l'importance accordée aux enfants, aux jeunes et à leurs parents dans le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*[69].

Ces nouvelles initiatives ne sauraient en aucun cas remplacer le système de protection en ce qu'il comporte d'irréductible et d'indispensable : protéger un nombre restreint d'enfants de la négligence grave, des mauvais traitements et de l'abus sexuel auxquels les soumettent leurs parents, même quand une assistance préventive leur est offerte ; protéger un nombre restreint d'adolescents et d'adolescentes des dangers immédiats et majeurs auxquels ils s'exposent eux-mêmes en raison de leurs comportements.

Dans cette perspective, la Commission fera voir en quel sens les autorités ministérielles sont appelées à fournir des leviers additionnels afin que le système de protection comble les attentes légitimes que sa mise en place a suscitées il y a 25 ans. Plusieurs des points soulevés ci-dessous constituent un rappel des recommandations formulées par la Commission au terme de ses enquêtes effectuées au cours des dernières années.

5.2.1 La coordination interministérielle

Il est rassurant de constater que le ministère confie à son *Service de l'enfance, de la jeunesse et de la famille* le mandat suivant : « *Développer la concertation existante et agir comme interlocuteur privilégié du Ministère auprès des associations et des groupes représentatifs ainsi qu'auprès des instances multisectorielles qui s'occupent de l'enfance, de la jeunesse ou de la famille* ».

---

69 *Transformation des services de santé mentale*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 novembre 1999, 22 pages.

La Commission comprend que cela inclut les divers ministères concernés et elle rappelle **l'urgence d'un plan interministériel** qui permettra une intégration plus poussée des services donnés dans les centres de la petite enfance, les CLSC, l'école, les centres jeunesse et le milieu hospitalier[70].

5.2.2 Les règlements d'établissements

Suite à une recommandation de la Commission en ce sens[71], une opération importante a cours depuis environ un an afin de mettre à jour les règlements internes des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse qui, au sens de la loi, sont une constituante des centres jeunesse.

La Commission est d'avis qu'on ne peut éviter, au moment de cette mise à jour, d'apporter quelques **précisions relatives aux orientations de base du système de protection ainsi qu'à l'exercice des responsabilités exclusives du** DPJ au sein des ressources de sa communauté.

Pour ce faire, la Commission estime qu'une plus grande implication ministérielle est requise. Un exemple illustrera ce propos. Il n'est certes pas souhaitable que le ministre de la Santé et des Services sociaux détermine d'autorité quel sera l'outil de « gestion du risque » utilisé au moment de l'évaluation de la situation des jeunes enfants soumis à des mauvais traitements physiques dans leur famille. Il incombe néanmoins au ministère de veiller à ce que chaque établissement adopte, par voie de règlement interne, un outil de cette nature, commun à tous

---

70 La nécessité de ce plan a été soulignée en novembre 1998 lors de la parution du rapport intitulé *Agissons en complices*.

71 La recommandation, d'abord formulée au terme de l'enquête sur l'Affaire de Beaumont en 1998, a été reprise dans le cadre d'une enquête générale dans les Laurentides en février 1999.

les DPJ du Québec. À l'heure actuelle, cette initiative, prônée par la Commission, est refusée par les établissements et le ministère ne donne pas suite à une recommandation en ce sens.

5.2.3 Les orientations ministérielles concernant la contention et l'isolement

En vertu d'une modification récente apportée à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la contention et l'isolement ne peuvent être utilisés que dans des circonstances exceptionnelles, selon des critères formulés dans la loi[72].

La loi prévoit que le ministre fasse connaître les orientations qu'il met de l'avant en vue d'assurer l'application de cette disposition de la loi pertinente à l'exercice des droits fondamentaux de la personne, qu'elle soit enfant ou adulte. Quant aux établissements, ils ont l'obligation légale d'adopter un **protocole d'application de ces mesures et de procéder à une évaluation annuelle de leur mise en oeuvre**. La Commission est d'avis qu'une présence ministérielle nettement plus intense est requise en vue d'assurer la mise en application de cette disposition de la loi dans les centres de réadaptation.

5.2.4 L'agrément des établissements

En 1998, la Commission a mis en évidence le fait qu'il n'existe pas de système de gestion de la qualité dans les établissements chargés de la protection de la jeunesse, même si l'intervention d'autorité dans la vie privée des familles ainsi que l'intervention d'autorité dans la vie des adolescents et des adolescentes en centres de réadaptation constituent une entreprise complexe qui peut devenir l'occasion d'atteintes majeures aux droits, que ce soit par excès ou par

manque d'intervention[73]. La nécessité d'une gestion rigoureuse de la qualité dans ces établissements est rendue encore plus indispensable en raison du fait que les jeunes et les familles du système de protection constituent, pour la grande majorité, une clientèle vulnérable face aux pouvoirs publics, difficilement en mesure de faire valoir ses droits.

La Commission affirme à nouveau qu'une implication ministérielle accrue est requise afin que les conseils d'administration des centres jeunesse donnent **suite à la décision de principe, prise en 1998, de procéder à l'agrément de leur établissement** conformément au système mis en place par le Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et de services sociaux.

5.2.5 L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse et le système professionnel

La Commission a mis en évidence que dans l'état actuel des choses la contribution des ordres professionnels à la qualité des services au sein du système de protection est, somme toute, négligeable même si le résultat des activités du personnel de ces établissements a des conséquences majeures sur la qualité de vie des enfants. À titre d'exemple, rappelons que la décision de laisser un enfant victime d'abus sexuel chez lui ou de le retirer de ce milieu n'est pas un acte réservé à des personnes imputables de leur pratique professionnelle devant un ordre professionnel.

---

72 L.R.Q., C. S-4.2, a. 118.1

73 Ces risques ont été mis en relief dans deux enquêtes majeures de la Commission, une dans la région des Laurentides, l'autre au Pavillon Bois-Joly en Montérégie. À ce sujet, voir les rapports suivants : *Rapport et conclusion d'enquête sur les services de protection de la jeunesse dans la région des Laurentides*, Février 1999, pp. 61 ss ; *Rapport et conclusion d'enquête – Pavillon Bois-Joly*, Septembre 2000, pp. 106-107.

De même, la Commission constate que la décision de placer un adolescent en salle d'isolement ou de retrait peut être prise par des personnes de compétences fort diversifiées selon les régions, allant du gardien de sécurité au détenteur d'un doctorat dans l'une ou l'autre des disciplines des sciences humaines. Pour justifier l'isolement et ce qui lui est assimilable, des personnes, avec ou sans formation particulière, se réclament d'opinions personnelles dépourvues de tout fondement scientifique. Au sein d'un même établissement, le meilleur et le pire peuvent coexister, parfois dans un contexte de tensions internes amplifiées par l'appartenance à des unités syndicales concurrentes.

Face à de telles lacunes, la Commission rappelle qu'un vaste chantier de mise à jour du système professionnel est en cours au Québec[74]. Le besoin de revoir de fond en comble l'organisation du travail professionnel, la compétence et l'imputabilité de ceux et celles qui s'en réclament n'est d'ailleurs pas propre au Québec. Son importance stratégique a été reconnue par une commission d'étude américaine, *« The Pew Health Professions Commission ».* Au terme de ses travaux, celle-ci **mettait en évidence le rôle critique de chaque professionnel dans toute entreprise de transformation des structures d'organisation des services**[75]. La Commission souligne que ces constatations, faites dans le cadre de la transformation des services de santé, s'appliquent intégralement aux services sociaux en général et à fortiori, aux services de protection.

---

74 *La mise à jour du système professionnel québécois.* Plan d'action présenté par Madame Linda Goupil, ministre responsable de l'application des lois professionnelles. Québec, novembre 1999.

75 *Investing in Health Professionals is the Key to Health Systems Change. Front &Center,* Volume 3 – Issue 2. The Center or the Health Professions at the University of California, San Francisco. Winter 1998.

6 LE DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE DANS UN SYSTÈME RENOUVELÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

L'organisation du système de protection ne fait l'objet d'aucune considération particulière dans les documents de soutien rendus publics par le ministère et la Commission d'étude. Néanmoins, plusieurs examinent son financement et de son organisation à la lumière des principes et des principales hypothèses de travail mises de l'avant dans ces documents.

6.1 Les avenues de transformation possibles

La fonction du DPJ dans l'octroi des services psychosociaux, son appartenance organisationnelle ainsi que son pouvoir sur le financement des services sont inévitablement remis en question dans le cadre d'un vaste débat sur l'organisation et le financement des services. Les principes d'allocation budgétaire pour une clientèle donnée sur un territoire défini et d'organisation territoriale des services de base sous autorité unique s'appliquent facilement au système de protection. On peut légitimement y voir la possibilité d'un renouvellement en profondeur de l'intervention au sens de la LPJ, par exemple à l'égard des clientèles non traditionnelles comme les jeunes de la rue dont il a été question antérieurement. De même la distinction nette entre la fonction d'évaluation des besoins et celle de l'achat des services spécialisés au nom du « patient » pose à nouveau la question des responsabilités exclusives du DPJ au sein d'un univers complexe de services de santé et de services sociaux. Les paragraphes qui suivent rendent compte brièvement des grands courants d'idée à ce sujet.

Le DPJ à la régie régionale. Certains reprennent le souhait, plus d'une fois exprimé au fil des ans, que le DPJ et son personnel immédiat[76] soient détachés du centre jeunesse et relèvent d'une régie régionale. Dans cette optique, le DPJ constituerait en quelque sorte une instance décisionnelle régionale, déconcentrée dans chacune des équipes interdisciplinaires responsables des services psychosociaux de base dans un territoire donné.

Le DPJ serait alors, allègue-t-on, en meilleure posture pour exercer ses responsabilités exclusives à l'égard du petit nombre d'enfants, de jeunes et de familles qui ne trouvent pas réponse à leurs besoins au niveau des services de première ligne. Les services de protection auraient également plus de chance d'être intégrés aux services de première ligne et d'être donnés sur une période plus courte. Les DPJ deviendraient des « acheteurs » de services, au nom des enfants qu'ils protègent. Ils pourraient s'adresser aux organismes de la communauté ou à ceux du secteur privé pour certains besoins, par exemple les ressources spécialisées en polytoxicomanie. Ils pourraient aussi s'adresser aux centres jeunesse, qui continueraient à gérer, sur une base régionale ou suprarégionale, des services psychosociaux spécialisés ou même "surspécialisés" ainsi que des centres de réadaptation pour jeunes. Ils pourraient recourir aux centres hospitaliers dans les cas nécessitant une expertise médicale, par exemple les cas d'enfants en bas âge qui présentent des blessures répétées, graves et inexpliquées ou les cas d'enfants et d'adolescents affichant les symptômes de problèmes de santé mentale.

Le DPJ au ministère de la Famille et de l'Enfance. D'autres, en raison notamment des nouveaux courants de pensée selon lesquels tout se joue dès les premières années de l'enfant, souhaitent que la révision du système de santé et de services sociaux soit l'occasion d'un virage plus important. Selon eux, toutes les mesures de soutien à la famille, y compris les services sociaux relevant de l'autorité du DPJ, devraient relever d'un ministère de la Famille et de l'Enfance dont la mission serait revue dans le sens d'un élargissement marqué. Cette avenue de solution aurait, selon eux, l'avantage d'envoyer un message clair : la meilleure protection à offrir aux enfants consiste à offrir l'aide voulue à leurs parents le plus tôt possible dans la vie de l'enfant.

Le DPJ au ministère de la Justice. Finalement, un dernier groupe insiste sur le fait que la protection des enfants et des adolescents est toujours une affaire d'autorité et de contrainte, par ailleurs assortie de services d'aide

---

76 À titre d'exemple, soulignons qu'au Centre jeunesse de Québec cela représente environ 10% de l'ensemble du personnel de l'établissement.

de haute qualité. Cette contrainte doit demeurer exceptionnelle. Elle serait employée uniquement dans les cas où il a été démontré que les parents sont incapables de collaborer ou qu'ils opposent une fin de non-recevoir à toute relation d'aide en vue de parvenir à une modification d'un comportement qui constitue une menace grave et immédiate à la sécurité ou au développement de leur enfant. Le même raisonnement est appliqué aux troubles de comportement chez l'adolescent : l'intervention en vertu d'un système de protection ne serait justifiée que dans les cas où l'adolescent qui se met en danger immédiat refuse toute assistance offerte par les ressources de sa communauté. En aucun cas le système de protection ne devrait avoir pour fonction de pallier à un manque de ressources et d'organisation au niveau des services psychosociaux de base, comme c'est souvent le cas à l'heure actuelle. Revenant aux grandes orientations du projet de loi soumis à l'Assemblée nationale en novembre 1972, ces personnes souhaitent que les DPJ et leur personnel immédiat soient plutôt rattachés au ministère de la Justice, ce qui aurait l'avantage, selon elles, de tracer une ligne de démarcation plus nette entre le système de protection et le système plus global d'aide aux familles. »

6.2 La nécessité d'un moratoire sur le sujet

La Commission estime être en position, compte tenu de son indépendance par rapport aux établissements de services et de sa connaissance de l'état du système de protection à la grandeur du Québec, de contribuer de façon significative à la réflexion de la Commission d'étude sur ces sujets.

La Commission reconnaît que le système de protection doit être profondément transformé, à plusieurs égards, et que le rôle ainsi que l'appartenance du DPJ au sein du système de services de santé et de services sociaux doivent faire objet d'un examen approfondi. Elle est toutefois d'avis que **cet examen et cette transformation doivent être réalisés selon une séquence d'activités et d'étapes propre au système de protection**, sous peine de compromettre les acquis des vingt dernières années et ce, pour longtemps**.**

En plus d'être soumis, comme tous les établissements, à des compressions budgétaires majeures, le système de services sociaux a connu, depuis le milieu des années 80, des transformations profondes, plus ou moins réussies, pas même achevées dans certains cas : transfert massif d'effectifs des centres de services sociaux vers les CLSC en 1984, fusion d'établissements suite à la réforme de 1992, disparition des centres d'accueil pour jeunes, affaiblissement de la mission sociale des CLSC en raison des impacts massifs et subits du virage ambulatoire en santé et de l'ajout de nouvelles responsabilités à l'égard du maintien à domicile, voilà autant d'éléments structurels qui ont, de façon continue, dominé le paysage des services sociaux au Québec depuis 15 ans.

Ces bouleversements continus dans les services sociaux ont été amplifiés par un éloignement marqué, maintes fois dénoncé, de la part d'un ministère trop exclusivement centré sur la solution des problèmes du réseau de la santé. Cet

éloignement de la part du ministère et, par voie de conséquence, des régies régionales, s'est manifesté de façon particulière en 1997, au moment où une trentaine de personnes, représentant le ministère, les régies régionales et les centres jeunesse, se sont réunies afin de faire le bilan d'une situation de plus en plus intolérable au sein du système de protection[77].

À tous ces facteurs de nature administrative s'est ajouté le dévoilement, par la Commission et le Vérificateur général du Québec en particulier[78], des faiblesses structurelles majeures du système de protection. L'effet déstabilisateur de tous ces facteurs additionnés les uns aux autres ne saurait être nié : le réseau de protection est à bout de souffle, sa crédibilité est mise à l'épreuve.

La Commission est d'avis que le système de protection demeure un système précaire, aujourd'hui comme il y a deux ans[79], **constamment exposé à des ratés majeurs** résultant de faiblesses structurelles auxquelles aucun correctif n'a été apporté, parfois depuis des décennies, même si elles sont été bien identifiées[80]. Toutefois, il s'agit d'un système qui doit être transformé selon un plan et un échéancier conformes à ses particularités, notamment le fait qu'il a été laissé à

---

77 Journée de réflexion sur les services aux jeunes et à leurs familles - 27 février 1997 - Compte rendu des échanges. Mars 1997.

78 *Gestion des services sociaux offerts aux jeunes.* Le Vérificateur général du Québec, 1998. Le rapport du Vérificateur général a fait objet d'un Rapport de la Commission de l'administration publique de l'Assemblée nationale, daté du 16 juin 1999.

79 *État de la situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse en date du 24 juin 1998.* Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 1998, p. 39.

80 En 1976, le ministre des Affaires sociales, M. Claude E. Forget annonçait la mise en place d'un système d'agrément des centres d'accueil de l'époque. Aucune suite n'a été donnée à cette annonce. Voir : *Position du Ministère des Affaires sociales suite au Rapport du Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et des adolescents placés en centre d'accueil* (Rapport Batshaw). 16 février 1976.

son sort au plus fort de la tourmente occasionnée par le « virage ambulatoire » du secteur de la santé.

7 OBSERVATIONS FINALES RELATIVES À LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE PROTECTION

Cohérente avec son orientation de base selon laquelle la gestion du système de protection ne peut être entièrement assimilée à la gestion des autres éléments du système de services de santé et de services sociaux, la Commission invite les membres de la Commission d'étude à considérer que le système de protection ne gagnerait rien à être géré en fonction des besoins du système de santé et selon un rythme propre à ce dernier. **Un examen approfondi des clientèles et des objectifs complexes du système de protection doit à tout prix être effectué de façon urgente,** de même qu'un examen de sa gestion, notamment de ses pratiques et de ses processus**.**

Au terme de cet examen se posera, de façon renouvelée, la question du lieu d'appartenance des DPJ et du lien à établir entre l'exercice de leurs responsabilités et le financement des services socio-sanitaires.

La Commission constate néanmoins que la gestion du système de protection offre de nombreux points de similitude avec la gestion du système de santé. Il y a lieu de s'en inspirer dès maintenant et, à certains égards, de procéder de façon identique. Par ailleurs, diverses activités doivent être menées en marge de la réforme des services de santé afin que le système de protection évolue de façon à ce que les services qui en découlent soient conformes aux droits reconnus aux enfants et aux adolescents. Dans la dernière partie de son mémoire, la Commission portera cet ensemble de besoins à l'attention des membres de la Commission d'étude.

7.1 Le financement des services de protection

L'adoption de règles adéquates de financement des services de protection, conformément à un principe d'équité entre les régions, constitue un défi majeur, plus d'une fois souligné par la Commission, notamment au terme de ses enquêtes en Montérégie et dans Lanaudière.

Un rapport rendu public par le ministère à l'occasion du débat en cours permet de faire un pas important afin de faire face à ce défi. L'auteur du rapport fait état des avantages marqués d'une méthode de financement des services appelée DRG en anglais ou GHD en français. D'abord mise en place aux États-Unis puis reprise dans divers pays européens, la méthode repose sur le fait qu'il est possible de regrouper les activités du système de santé autour de diverses catégories de diagnostics en vue d'assurer leur financement :

> « L'ajustement des budgets pour suivre l'évolution des services est le problème le plus difficile à résoudre dans le financement des centres hospitaliers. (…) Le gouvernement fédéral américain a introduit une méthode de paiement par cas (…) connue sous le nom de Diagnosis Related Groups (DRG) ou en français, groupes homogènes de diagnostics (GHD). Plutôt que de payer des factures détaillées, le gouvernement remboursera dorénavant le coût des soins en payant un forfait moyen basé sur une catégorie de diagnostics »[81].

Sans entrer dans les débats d'experts relatifs aux avantages et aux inconvénients d'une méthode de financement fondée exclusivement sur les GHD, la Commission suggère que **le concept *« groupe homogènes de diagnostics »* pourrait avoir des applications majeures dans la gestion du système de protection, même dans le cadre actuel de financement des établissements**.

---

81 *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système.* Bédard, D., Observatoire de l'administration publique – ENAP, janvier 2000.

L'utilisation de la méthode GHD entraînerait **l'identification des principales clientèles du système de protection**, ce qui constituerait la base d'une gestion éclairée du système. Le fait que la méthode comporte la reconnaissance de niveaux de sévérité la rend particulièrement attrayante pour un système appelé à intervenir, comme ce fut souligné antérieurement, dans des situations fort différentes en dépit du fait qu'elles offrent des caractéristiques communes. **Enrichie des indicateurs socio-économiques pertinents, cette méthode permettrait de relever le défi de l'équité inter-régionale** dans une optique nouvelle, en tenant compte notamment des facteurs associés au fait que l'intervention au sein de communautés isolées et éloignées des grands centres comporte des coûts additionnels.

La méthode GHD permettrait **d'enrichir de façon significative les systèmes d'information**, que ce soit en matière de résultats atteints ou de clientèles desservies. Finalement, elle permettrait de poser le problème du financement global du système de protection en des termes nouveaux et de lui donner des bases objectives solides, **quel que soit par ailleurs le lieu d'appartenance des DPJ dans quelques années.**

7.2 La responsabilité ministérielle

Le rapport Bédard met de l'avant une clarification importante quant aux divers niveaux de responsabilité ministérielle à l'égard de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux moyens permettant d'exercer ces responsabilités.

Ayant établi une distinction nette entre la responsabilité ministérielle de *déterminer l'orientation des politiques de soin* et la responsabilité locale et régionale *d'administrer les soins sanitaires dans leur complexité*, l'auteur fait

remarquer ce qui suit, après avoir traité du champ des politiques, de la recherche ou de la pratique :

> « Le champ de la gestion et du financement est de nature complètement différente. Le ministère ne s'en est jamais non plus occupé de façon adéquate et il est compréhensible qu'il en fut ainsi car sa responsabilité principale est du niveau des politiques tandis qu'au plan de la gestion des moyens, il est placé pour ainsi dire dans la position d'être à la fois juge et partie[82]. »

Afin de remédier à cet état de fait et d'assurer une évaluation indépendante et critique de la gestion des moyens, la mise en place d'une *« Commission consultative permanente sur la gestion et le financement des soins socio-sanitaires »* est proposée :

> « Le mandat d'une telle Commission pourrait être d'initier des recherches pour évaluer les pratiques et les processus, d'aviser sur des sujets que le gouvernement lui soumettrait, de tenir s'il y a lieu des audiences et enfin de publier un rapport annuel sur l'évolution financière et la performance du système de soins. (...) Le ministère pourra se concentrer quant à lui sur les objectifs de la politique de santé et le choix des moyens à la lumière des recommandations que lui ferait la Commission. »

La Commission observe que cette distinction nette entre le champ des politiques, de la recherche ou de la pratique et celui des moyens, c'est-à-dire la gestion et le financement des établissements, permet d'identifier avec profit divers niveaux de responsabilité ministérielle quant à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse**.** La reconnaissance de la distinction fondamentale entre le champ des politiques et celui des moyens permettrait de faire un pas important dans la mise en place de mécanismes **visant à assurer un développement continu du système de protection.** Les deux paragraphes qui suivent en témoignent.

---

82 *Id.*, p. 39.

7.3 La mise en place d'un Conseil des directeurs de la protection de la jeunesse

À l'occasion du *Forum québécois sur les jeunes en grande détresse* tenu à Montréal en novembre 1999[83], la Commission suggérait la mise en place d'un « *Conseil des directeurs de la protection de la jeunesse* » chargé d'assister le ministre dans l'exercice de ses responsabilités concernant l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. À ce moment la Commission donnait peu de précisions quant à l'étendue de cette fonction conseil pouvant être exercée par les DPJ auprès du ministre.

La distinction entre la gestion des objectifs et celle des moyens permet de le faire. Un Conseil des directeurs de la protection de la jeunesse aurait pour fonction principale **d'assister le ministre dans sa responsabilité face à la détermination de l'orientation des politiques de services en vertu de la LPJ** et non face à sa responsabilité quant aux moyens, pour reprendre les termes utilisés ici.

Quelles sont les clientèles d'un système de protection, dans une société du type de la nôtre? Quels sont les objectifs et les limites de l'intervention propres à chaque clientèle, compte tenu de l'ensemble des lois en vigueur au Québec et des valeurs sociales? La réponse à ces questions fondamentales, préalables à toute volonté d'organiser un système d'intervention efficace et efficient, relèverait de l'administration centrale, du ministre, avec le concours permanent des DPJ, les personnes chargées de la protection de la jeunesse dans chacune des régions du Québec.

---

83 *Forum québécois sur les jeunes en grande détresse* - Actes du Forum. Association des Centres jeunesse, 1999.

7.4 L'examen de la gestion et du financement des services par un organisme indépendant

La mise en place d'une *Commission consultative permanente sur la gestion et le financement des soins socio-sanitaires,* indépendante du ministère, présenterait quant à elle un avantage majeur pour la gestion du système de protection, dans la mesure où la structure, la composition et le fonctionnement de cette *Commission consultative* respecteraient le caractère distinct du système de protection au sein du système socio-sanitaire.

Sous réserve de l'examen d'un projet concret en ce sens, la Commission appuie donc la suggestion en ce sens contenue au rapport Bédard. La mise en place d'une telle Commission consultative **permettrait au ministre, assisté du Conseil des directeurs de la protection de la jeunesse, de mieux exercer l'élément central de sa mission** qui consiste à assurer la protection sociale des enfants et des adolescents.

7.5 Les services donnés aux enfants des communautés autochtones

L'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* dans les communautés autochtones fait objet d'une révision majeure de la part du ministère. La Commission a été appelée à examiner cette révision[84]. En soi, la volonté gouvernementale de favoriser une prise en charge des services de protection par les premières nations afin d'adapter les modalités d'application de la loi aux réalités autochtones reçoit l'appui de la Commission.

---

84 Commentaires préliminaires sur une proposition législative relative à l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* en milieu autochtone. Carpentier, D. mai 2000, 16 pp.

Toutefois, une transformation du système de protection appliqué aux communautés autochtones doit absolument tenir compte des caractéristiques de chacune de ces communautés. Certaines sont prêtes à des changements majeurs alors **que les mêmes changements, implantés dans d'autres communautés, auraient vraisemblablement des conséquences négatives importantes**.

Il est donc de la responsabilité du ministère de procéder en accord avec un plan détaillé et progressif, connu de toutes les parties en cause, qui repose sur des données probantes, des données qui permettent d'anticiper l'amélioration continue des services aux enfants concernés.

7.6 La transformation des services en santé mentale

Le besoin des services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes est grandissante. Le ministère le reconnaît explicitement, comme ce fut mentionné antérieurement.

Conformément au souhait exprimé par le *Groupe d'appui à la transformation des services en santé mentale*[85], la Commission souligne le besoin urgent d'un « *cadre de référence ou d'un plan d'action ministériel couvrant l'ensemble des besoins* » des enfants et des jeunes ayant des troubles mentaux.

La Commission souligne notamment la nécessité que l'amélioration de la « *continuité et la collaboration entre les services de pédopsychiatrie de deuxième et de troisième ligne et les services de première ligne, soit les services*

[85] *Forum sur la santé mentale*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2000, p. 7.

psychosociaux et les services médicaux généraux »[86] soit réalisée **dans le respect des dispositions de la loi concernant les responsabilités exclusives du DPJ,** notamment l'évaluation de la situation et, le cas échéant, l'adoption d'un plan d'intervention et d'un plan de services.

7.7 La transformation des services d'aide et de soutien aux familles à risque

Dans le cadre du Sommet du Québec et de la jeunesse tenu en février 2000, le ministère a déposé un plan visant à allouer une part beaucoup plus importante des ressources aux familles à risques[87] . Le plan vise la mise en place de conditions favorisant un réseau de services intégrés sur une base locale pour mieux soutenir *« le développement des jeunes, de leur famille et de leur communauté ».* Le plan vise à rejoindre les jeunes familles les moins en mesure de donner les soins et la stimulation que nécessitent les jeunes enfants, notamment les jeunes femmes enceintes, tout particulièrement celles qui sont en difficulté d'adaptation. Des programmes des soutien en milieu de garde pour les enfants de jeunes parents en difficulté seront offerts de façon prioritaire. Selon le ministère, *« chaque année 3 000 jeunes couples en difficultés importantes d'adaptation sociale donnent naissance à des enfants à très haut risque de reproduire ces problèmes chroniques d'adaptation sociale ».* Il devient donc urgent d'agir *« pour faire en sorte que les nouveau-nés du 21e siècle aient des chances égales de se développer pleinement ».*

---

86 *Id.*, p. 19.

87 Proposition du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des travaux du chantier gouvernemental en vue du Sommet du Québec et de la jeunesse. Texte inédit, 9 p.

La Commission appuie sans réserve les objectifs de cette transformation des services aux familles à risque. **Elle rappelle toutefois que ces activités de prévention et de soutien ne font jamais disparaître la nécessité d'un système de protection de haute qualité.** Il faut en tenir compte au moment même où ces activités de soutien prennent forme. C'est pourquoi la Commission rappelle que tous les plans de développement visant une intégration des services doivent être élaborés dans le respect des responsabilités exclusives attribuées au DPJ.

7.8 La complémentarité entre les travaux de la Commission d'étude et ceux du Groupe de travail sur les professions de la santé et des relations humaines

La Commission a exprimé l'avis que les ordres professionnels, chargés d'assurer la protection du public, devraient jouer un rôle accru en matière de qualité des services donnés dans le système de protection, notamment l'exercice des responsabilités exclusives du DPJ[88].

L'absence de système d'évaluation du personnel au sein des établissements ainsi que les délais de mise en œuvre du système d'agrément des établissements ont pour effet de souligner encore davantage **l'importance d'un poids accru des ordres professionnels en vue d'assurer la protection du public « enfant »** qui reçoit des services de la part du personnel des centres jeunesse.

La Commission invite donc la Commission d'étude à examiner cette composante de l'organisation du système de protection en collaboration avec le groupe de travail spécifiquement constitué à cet effet.

---

88 *Le cas des enfants maltraités de Beaumont*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, avril 1998.

7.9 La constitution d'un groupe interministériel de révision de la *Loi sur la protection de la jeunesse*

La création d'un *Conseil des DPJ* et la mise en place d'une *Commission consultative permanente* au sens décrit plus haut ne constituent pas le remède à toutes les faiblesses du système de protection. Tout au cours de son mémoire la Commission a souligné la nécessité de nombreuses transformations propres au système de protection. **Ces transformations ne relèvent pas toutes de la compétence de la Commission d'étude, même si elles sont intimement associées àl'organisation du système de services.**

À l'occasion du débat public sur les services de santé et les services sociaux la Commission recommande donc à la ministre de la Santé et des Services sociaux de **constituer et de coordonner les travaux d'un groupe interministériel** chargé de lui soumettre, d'ici deux ans, un projet de révision de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, en tenant compte notamment des avis qui auront été formulés par le *Conseil des DPJ* et la *Commission consultative permanente*.

En plus d'examiner les dispositions de la loi qui encadrent la mise en application des principes fondamentaux de la loi, par exemple le maintien de l'enfant dans son milieu familial, ce groupe serait chargé d'une révision des articles 38 et 39 de la LPJ qui définissent les catégories d'enfants susceptibles de bénéficier d'une intervention au sens d'une loi de protection ainsi que l'obligation de signalement. Il serait également chargé de faire des recommandations relatives au mode de financement des services de protection, à leur organisation, ainsi qu'au statut administratif du DPJ, la personne que l'Assemblée nationale du Québec a, de façon unanime, placée au centre du système de protection des enfants institué il y a plus de 20 ans.

CONCLUSION

La mise en œuvre d'un système de protection respectueux des droits reconnus aux enfants est largement tributaire de la qualité de son organisation et de son financement. Pourtant, les enjeux actuels dépassent largement ces questions d'organisation et de financement.

Aux confins du droit et des divers niveaux d'intervention sociale découlant des politiques de soutien à la famille, le système de protection des enfants est en effet le lieu par excellence où se manifestent les attentes contradictoires de notre société ainsi que **les tensions et les limites découlant de l'intervention des pouvoirs publics dans la vie privée des citoyens**.
Les enjeux associés au développement du système de protection sont d'une nature et d'une ampleur peu connues, sauf dans quelques milieux spécialisés. C'est pourquoi la Commission en a longuement fait état même si cela dépasse le mandat de la Commission d'étude.

La Commission souhaite que les membres de la Commission d'étude adoptent la perspective suivante au moment de formuler leurs recommandations concernant le système de protection des enfants :

> Le respect des droits qui leur sont reconnus exige plus que des modifications concernant l'organisation et le financement du système chargé de les protéger**. Les fondements de ce système sont eux-mêmes à revoir.**
>
> Il faut notamment se donner une vision nouvelle concernant la fonction du système de protection dans la société et préciser **en quoi et comment** ce système, tout en demeurant **indispensable**, doit retrouver sa raison d'être : servir de **complément, dans des cas somme toute exceptionnels en nombre,** à la mise en oeuvre d'une politique plus globale de soutien aux familles, en particulier les familles dites « à risque ».

Seule cette intégration du système de protection à un système plus global de services d'aide à la famille, **dans le respect des caractéristiques propres à chacun de ces systèmes**, peut assurer le respect du droit à la santé, telle que celle-ci a été définie dans les instruments juridiques internationaux, et du droit à des services de santé, des services sociaux et des services d'éducation adéquats au sens de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

En somme, cette intégration est, selon la Commission, une condition préalable au respect des droits reconnus à tout enfant, dès sa naissance, par la *Charte des droits et libertés de la personne* : le droit à la sûreté et à l'intégrité de sa personne, le droit à la protection, à la sécurité et à l'attention.

/dd/cl