

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

Projet de loi no 15
Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et
d'autres dispositions législatives

Donner enfin le pouvoir aux enfants

Notes de présentation

Camil Bouchard
9 février 2022

L'intérêt de l'enfant : le pouvoir de l'enfant

Le principe premier et porteur du PL 15: l'intérêt de l'enfant. L'intérêt de l'enfant, c'est le pouvoir de l'enfant. Le seul. Et seul c'est intérêt devrait avoir l'ultime priorité dans toutes les décisions prises en fonction de la loi.

Nous passons, avec l'énoncé de cette ultime et obsédante priorité du PL 15, à une loi qui, au fil des années, était tranquillement devenue une loi duale de la protection des liens familiaux de l'enfant ET de la protection des enfants à une loi exclusivement dédiée à la protection des enfants et des jeunes. Bravo !

Les intervenants sociaux et les juristes ont dû trop longtemps composer avec une lourde ambiguïté. En effet, au chapitre II de la loi existante, le premier alinéa de l'article 3 affirme que « *les décisions prises en vertu de la présente loi doivent l'être dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits* ». En contrepartie, le premier alinéa de l'article 4 affirme avec autant de force que : « *Toute décision prise en vertu de la présente loi doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial* ». Cela laisse sous-entendre que maintenir ce lien serait *de facto* dans l'intérêt de l'enfant. Il fallait donc faire la démonstration que le RETRAIT de l'enfant de sa famille était dans l'intérêt de l'enfant.

Le fardeau de cette démonstration est désormais renversé dans l'énoncé suivant du PL 15 : « *Toute décision prise en vertu de la présente loi doit viser la continuité des soins ainsi que la stabilité des liens d'un enfant et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge. En conséquence, le maintien de l'enfant dans son milieu familial doit être privilégié à condition qu'il soit dans l'intérêt de cet enfant* ». On doit désormais démontrer que l'intérêt de l'enfant est réellement mieux servi par son MAINTIEN dans le milieu familial.

Trois réserves cependant concernant cet article 6 modifiant l'article 4 de la loi :

1. Au paragraphe 1 : Dans « *En conséquence, le maintien de l'enfant dans son milieu familial doit être privilégié à condition qu'il soit dans l'intérêt de cet enfant* », je recommande de remplacer « privilégié » par « pris en compte » ou « *considéré dans l'évaluation des conditions qui favorisent l'intérêt de l'enfant* ». Le législateur ne doit pas faire du maintien dans le milieu familial un choix de préférence mais une option à considérer obligatoirement. Cela, me semble-t-il, dissiperait tout doute quant à l'intention de la loi et en faciliterait l'application. Il ne faut pas inviter l'ambiguïté à se refaire un nid ici et là dans la loi.
2. Au paragraphe 2 : Dans « *...la décision doit tendre à confier l'enfant à des personnes qui lui sont les plus significatives, notamment les grands-parents et les autres membres de la famille élargie* ». Cette invitation à considérer en priorité la famille élargie par le « notamment » nous ramène subtilement mais encore une fois à la préséance de liens familiaux. Par conséquent je recommande la formulation suivante : par « *...la décision doit tendre à confier l'enfant à ou aux personnes les plus significatives de son réseau d'adultes et de préférence une ou des personnes avec qui l'enfant aura pu développer un attachement sécuritaire* ».
3. À 4.3, d) on peut lire : « Les personnes à qui la présente loi confie des responsabilités envers l'enfant ainsi que celles appelées à prendre des décisions à son sujet en vertu de cette loi doivent, lors de leurs interventions, tenir compte des caractéristiques des minorités

ethnoculturelles ». Que vise-t-on par cet alinéa exactement : une meilleure prise en compte des relations particulières de certaines communautés avec l'autorité, l'État, les services sociaux ; une acceptation plus grande de la part des intervenants des écarts à la normativité en matière de discipline ou de soins aux enfants ? Une pratique clinique ethnodifférenciée ? En quoi cela rencontre-t-il mieux l'intérêt de l'enfant ? Le Québec urbain et périurbain devenant de plus en plus ethnoculturel, il m'apparaît important de clarifier explicitement la portée de cet alinéa au regard de l'intérêt de l'enfant. Par ailleurs, le terme « minorités » ne me semble pas des plus heureux. Le terme renvoie à un dénombrement statistique. Pourquoi pas « communautés ethnoculturelles » davantage relié à l'appartenance à un groupe culturel?

Dans le cas où le législateur maintiendrait cet alinéa je recommande la formulation suivante :
« ...tenir compte des caractéristiques des communautés ethnoculturelles en priorisant toujours l'intérêt de l'enfant ».

Une autre réserve concerne l'article 91.1 de la présente Loi de la protection de la jeunesse et l'intérêt de l'enfant.

La présente loi prévoit que le dépassement des durées maximales d'hébergement est permis dans certaines circonstances comme un retour à court terme dans sa famille, l'intérêt de l'enfant, ou encore des « motifs sérieux ». À l'usage, ces exceptions sont devenues quasiment la règle et le dépassement chose usuelle.

Pour respecter l'esprit du PL 15, je recommande fortement que le seul motif que l'on puisse invoquer pour un dépassement de la durée d'hébergement soit l'intérêt de l'enfant spécifiquement démontré et que l'article 91.1 de la présente loi soit modifié en conséquence.

Les données de la DPJ : le pouvoir des enfants

La DPJ est l'urgence de nos services sociaux. On y reçoit, évalue et assure le suivi des signalements de détresse ou de menaces parfois extrêmes au bien-être et au développement des enfants et des jeunes.

Cela ne signifie pas pour autant que les DPJ devraient automatiquement être exclus du jeu en matière de prévention. Elles peuvent au contraire y jouer un rôle clé.

J'ai eu le privilège durant ces dernières années de coopérer avec *Éclaire* un organisme de concertation pour les tout-petits de la Côte-Nord, un territoire aux prises avec des taux très élevés de signalements à la protection de la jeunesse. Les actions menées par *Éclaire* et l'ensemble de ses partenaires a abouti à la création de communautés de bienveillance envers les enfants, concept qui a lourdement pesé dans l'approche adoptée par la CSDEPJ.

La DPJ de la région a joué un rôle essentiel dans cette démarche.

Elle a notamment mis à notre disposition les données agrégées des signalements traités et retenus sur son territoire sur une période de cinq ans. Ces données nous ont non seulement permis des calculs de taux de signalements par sous-territoire de CLSC ou de MRC mais aussi, et surtout, de circonscrire avec précision les contextes dans lesquels ces signalements avaient été faits : date des signalements, types de signalement par alinéa et sous-alinéa, sexe et âge des enfants, sources des signalements, adultes présumés responsables, etc. En tout, plus de 300 catégories qui aident à cerner le contexte de chaque

signalement. Ces données permettent, comme nous l'avons expérimenté sur la Côte-Nord, de réunir les intervenants de chaque MRC, y compris les élus, autour de mêmes réalités, de mêmes graphiques éloquentes, avec mission d'identifier les enjeux sur lesquels les efforts de prévention devraient porter dans leur communauté. Ces enjeux diffèrent souvent d'un sous-territoire à l'autre. Pour les uns il s'agira de prévenir les abus sexuels, pour les autres la négligence sanitaire, la négligence éducative ou encore les pratiques disciplinaires abusives. Dans certains cas, la toxicomanie ou les problèmes de santé mentale des mères ou des pères, seront les enjeux priorités, pour les autres la violence conjugale, pour les autres encore l'isolement des familles ou le manque de logements abordables, ou la période entourant la tenue de festivals ou, et ce n'est pas rare, les changements importants, rapides mais souvent prévisibles dans la dynamique économique de la région.

Nous avons pu constater l'impact de cet exercice de mise en commun des données sur la cohésion des intervenants locaux engagés à prévenir la maltraitance. Les facteurs de risques locaux associés à la maltraitance leur apparaissaient clairement, à tous, et en même temps. Cerner ensemble un ou deux enjeux rapproche d'une solution, souvent simple. Cela réduit considérablement les tiraillements entourant les avenues à de prévention à emprunter et surtout le sentiment d'impuissance vis-à-vis un problème qui pourrait leur paraître insurmontable. Cela justifie aussi que l'on demande aux intervenants de la DPJ de remplir des formulaires qui peuvent leur sembler une pure perte de temps. Et cela donne aux enfants signalés un pouvoir, un énorme pouvoir collectif trop souvent occulté, de révéler aux yeux de leur communauté les défis qu'elles doivent relever pour assurer leur bien-être, leur sécurité et leur développement.

Je recommande donc

1. que le PL 15 comporte des dispositions obligeant les DPJ à partager les données associées aux signalements portés à leur attention avec l'autorité responsable et imputable du développement et suivi des programmes de prévention de la maltraitance envers les enfants et les jeunes sur leur territoire et sous-territoires..
2. que la maltraitance envers les enfants étant un véritable enjeu de santé publique, comme l'affirme d'ailleurs la CSDEPJ, que l'autorité désignée par le ministre de la Santé et des Services Sociaux comme responsable et imputable du développement et du suivi des programmes de prévention de la maltraitance envers les enfants et les jeunes soit le Directeur régional de la santé publique de chaque territoire.

Addendum

Le Directeur national de la protection de la jeunesse et le Forum des directeurs

Le PL 15 crée un poste de *Directeur national de la protection de la jeunesse* avec mission de s'assurer de la qualité et l'harmonisation des services des DPJ partout au Québec. Fort bien. C'était là une des recommandations structurantes de la *Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*.

Le PL 15 crée en même temps le *Forum des directeurs de la protection de la jeunesse*. L'intention du législateur en créant ce Forum est de favoriser l'adoption des pratiques les meilleures dans le réseau des DPJ et de les harmoniser. Cette intention est louable et rejoint les avantages que l'on peut tirer d'une communauté de pratiques dans lesquelles les membres s'enrichissent mutuellement les uns les autres. Je m'inquiète cependant du rôle que l'on y réserve au *Directeur national de la protection de la jeunesse*. Ce directeur à qui on confie la présidence du Forum détient, ne l'oublions pas, un pouvoir de sanction sur les DPJ (Section 1.2 , articles 29 et suivants). Cela, me semble-t-il, peut induire les DPJ à adopter une conduite de prudence, de retenue ou d'acquiescement de convenance dans leurs échanges alors qu'ils devraient plutôt profiter ce Forum pour échanger librement entre eux au sujet de leurs pratiques, mais aussi de leur environnement administratif et de gestion y compris l'environnement législatif et ministériel.

Je recommande plutôt que la présidence soit décidée entre pairs du Forum. Le Directeur national de la protection de la jeunesse participe alors au Forum au sujet de questions qu'il lui soumet.

[373.](#) Le directeur de santé publique est responsable dans sa région:

1° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;

2° d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;

3° d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;

4° d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

Le directeur de santé publique est également responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique.

Le directeur assume, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par la Loi sur la santé publique ([chapitre S-2.2](#)).

1991, c. 42, a. 373; 1998, c. 39, a. 110; 2001, c. 24, a. 60; 2001, c. 60, a. 167; 2002, c. 38, a. 11; 2005, c. 32, a. 227; 2017, c. 21, a. 45.

[374.](#) Le directeur exerce tout autre mandat que l'agence peut lui confier dans le cadre de ses fonctions.

1991, c. 42, a. 374; 2005, c. 32, a. 227.

[375.](#) Le directeur doit informer sans retard le directeur national de santé publique de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé de la population.

1991, c. 42, a. 375; 2001, c. 24, a. 61.

[375.0.1.](#) Le directeur national de santé publique peut demander à un directeur de santé publique de lui rendre compte de décisions ou avis en matière de santé publique qu'il prend ou donne dans l'exercice de ses fonctions.

2001, c. 24, a. 61; 2001, c. 60, a. 167.

Loi sur la santé publique

CHAPITRE II

PROGRAMME NATIONAL ET PLANS D'ACTION RÉGIONAUX ET LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

[7.](#) En conformité avec le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 431.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ([chapitre S-4.2](#)), le ministre élabore un programme national de santé publique qui encadre les activités de santé publique aux niveaux national, régional et local.

Le ministre doit évaluer les résultats de son programme et le mettre à jour régulièrement. Il en assure la coordination nationale et interrégionale.

2001, c. 60, a. 7; 2005, c. 32, a. 291.

[8.](#) Le programme national de santé publique doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne:

1° la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants;

2° la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population;

3° la promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population;

4° la protection de la santé de la population et les activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction.

Le ministre peut ajouter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne tout autre aspect de santé publique qu'il estime nécessaire ou utile d'inclure au programme.

Dans l'élaboration des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion, le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population.

CHAPITRE VI

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

[53.](#) Pour prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population, le ministre, les directeurs de santé publique et les établissements exploitant un centre local de services communautaires, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peuvent notamment:

1° tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population;

2° favoriser et soutenir auprès des professionnels de la santé la pratique de soins préventifs;

3° identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;

4° mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables;

5° promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes;

6° soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être.

2001, c. 60, a. 53.

55. Lorsqu'un directeur de santé publique constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances.

Les autorités ainsi invitées sont tenues de participer à cette recherche de solution.

Lorsque l'une de ces autorités est un ministère ou un organisme du gouvernement, le directeur de santé publique ne peut lui demander formellement de participer à la recherche d'une solution, sans en avoir préalablement avisé le directeur national de santé publique.

2001, c. 60, a. 55.