

Grandir en confiance

STRATÉGIE CONJOINTE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ QUÉBEC
POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE



ÉDITION

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat de la protection de la jeunesse en collaboration avec Santé Québec et la Direction des communications.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : **publications.msss.gouv.qc.ca**.

Pour plus d'information : **Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux**

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-03537-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2026

RÉDACTION

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois

Directrice générale à la jeunesse, à la communauté et à l'hébergement, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Annie Cotton

Directrice des services à la jeunesse, MSSS

Chantal Campeau

Directrice de la réadaptation, milieux de vie jeunesse et Justice pénale pour adolescents, MSSS

Sonia Dugal

Directrice générale, Santé et Bien-être des Jeunes, Santé Québec

Hélène Groleau

Directrice des services de protection de la jeunesse, de la diversité et des communautés des Premières Nations et Inuit, MSSS

Lesley Hill

Directrice nationale de la protection de la jeunesse et sous-ministre adjointe, MSSS

Jean-François Picard

Directeur du bureau de la Directrice nationale de la protection de la jeunesse, MSSS

Isabelle Simard

Directrice générale des services multidisciplinaires de santé et services sociaux, Santé Québec

Éric St-Laurent

Directeur par intérim des services en protection de la jeunesse, justice pénale pour adolescents, CRJDA et du programme jeune en difficulté, mission CLSC, Santé Québec

Tung Tran

Directeur général santé mentale, dépendance, neurodiversité et déficience physique, Santé Québec

Pascale-Andrée Vallières

Directrice par intérim, santé mentale jeunesse, DITSADP, dépendance, Santé Québec

SOUS LA DIRECTION DE

Robin Marie Coleman

Directrice générale principale à la vice-présidence - Opérations et coordination santé et services sociaux, Santé Québec

Geneviève Landry

Sous-ministre adjointe, MSSS

Lesley Hill

Directrice nationale de la protection de la jeunesse et sous-ministre adjointe, MSSS

AVEC LA COLLABORATION DE

Nicolas Caron

Santé Québec

Johanie Hamel-Lavigne

Santé Québec

Sabrina Fortin

MSSS

Sophie Roberge

MSSS

REMERCIEMENTS AUX PERSONNES AYANT COLLABORÉ AUX CONSULTATIONS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec désirent remercier l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs externes consultés durant le processus d'élaboration de la présente stratégie ou qui en ont commenté activement les versions préliminaires.

Soulignons notamment :

LES MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF DE LA SOCIÉTÉ CIVILE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

Élise Bonneville, Collectif petite enfance

Audrey Bouchard, Regroupement des équipes d'intervention jeunesse du Québec

Marie-Ève Brousseau, Coalition Jeunes +

Sylvie Champagne, Barreau du Québec

Jessica Côté-Guimond, Collectif Ex-Placé DPJ

Simon Derome, Coprésident du Comité consultatif de la société civile en protection de la jeunesse et citoyen concerné

Nathalie Dubois, Fédération des centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (FCAAP)

Isabelle Hogue, Association des parents adoptants (APAQ)

Josey Lacognata, FCAAP

Danielle Marchand, PETALES Québec

Geneviève Pagé, Équipe de recherche sur le placement et l'adoption en protection de la jeunesse (ERPAPJ)

Marie-Andrée Perigny, Association des Conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ)

Michelle Raposo, Centre Amitié, Ressources et Entraide pour la jeunesse

Marie-Pier Riendeau, Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec (FAFMRQ)

Noémie Roche, Regroupement des Organismes Communautaires Autonomes Jeunesse du Québec (ROCAJQ)

Eva Sikora, Barreau du Québec

LES MEMBRES DU COMITÉ MOBILISATION DES CONNAISSANCES ET INNOVATION

Fatoumata Binta-Diallo, MSSS

Caroline Cellard, École de psychologie, Université Laval, Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles, CIUSSS de la Capitale-Nationale (CIUSSCN)

Caroline Drolet, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Sonia Dugal, Santé Québec

Tonino Esposito, École de travail social, Université de Montréal; Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL)

Annie Fournier, Boscoville

Sonia Hélié, IUJD, CCSMTL

Julie Laforest, INSPQ

Pascale Lehoux, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

George M. Tarabulsky, École de psychologie, Université Laval; Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles, CIUSSCN

France Nadeau, Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles, CIUSSCN

Véronique Noel, IUJD, CCSMTL

Éric Paradis, Santé Québec

Isabelle Roy, MSSS

Marie-Claude Sirois, INESSS

Yann St-Martin, MSSS

Pier Tremblay, MSSS

AUTRES INSTANCES

Christina Biron, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James

Commission de la Santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSPSPNQL)

Jennifer Munick-Watkins, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN)

La Société Makivik

Marie-Claude René, RRSSSN

Noreen Sheikh, RRSSSN

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec désirent également remercier les membres des instances nationales en réadaptation jeunesse et en protection de l'enfance d'avoir guidé les travaux menant à la publication de cette vision renouvelée pour la protection de l'enfance au Québec.

LES MEMBRES DE L'INSTANCE NATIONALE EN PROTECTION DE L'ENFANCE

Marie-Josée Audette, DPJ, CISSS de la Montérégie-Est

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, directrice générale à la jeunesse, à la communauté et à l'hébergement, MSSS

Nadia Béland, représentante de la vice-présidence Talent, Culture et Engagement, Santé Québec

Robin Marie Coleman, directrice générale principale à la vice-présidence Opérations et coordination santé et services sociaux, Santé Québec

Patrick Corriveau, DPJ, CIUSSCN

Julie Delaney, PDG, CISSS des Laurentides

Geneviève Deschênes, directrice des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux, CIUSSCN

Michelle Frenette, DPJ, CISSS de la Gaspésie (CISSSG)

Danielle Goulet, PDGA, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec-Université Laval

Hélène Groleau, directrice des services de protection de la jeunesse, de la diversité et des communautés des Premières Nations et Inuit, MSSS

Stéphanie Jetté, DPJ, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Lesley Hill, directrice nationale de la protection de la jeunesse et sous-ministre adjointe

Andréanne Laliberté-Rhéaume, directrice du programme jeunesse (DJeu), CISSS de Lanaudière

Geneviève Landry, sous-ministre adjointe aux services sociaux, MSSS

Sébastien Laprise, directeur qualité, CISSS du Bas-Saint-Laurent (CISSSBSL)

Sylvie Leblond, DJeu, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Pierre-Luc Masson, conseiller cadre DGSBEJ, Santé Québec

Isabelle Papineau, DJeu, CISSS de la Montérégie-Ouest

Geneviève Poirier, directrice générale et secrétaire au Secrétariat aux services internationaux à l'enfant, MSSS

Maata Putugu, directrice des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux, Centre de santé Inuulitsivik

Annie Robitaille, directrice des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Isabelle Simard, directrice générale des services multidisciplinaires de santé et services sociaux, Santé Québec

Patrick Simard, PDG, CISSS de Chaudière-Appalaches (CISSSCA)

Jeanne-Evelyne Turgeon, PDG, CISSS de Laval

LES MEMBRES DE L'INSTANCE NATIONALE EN RÉADAPTATION JEUNESSE

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, directrice générale à la jeunesse, à la communauté et à l'hébergement, MSSS

Nancy Beaumont, DJeu, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Nadia Béland, représentante de la vice-présidence Talent, Culture et Engagement, Santé Québec

Carine Bouthillier, représentante de la vice-présidence Finances, Santé Québec

Caroline Brown, DPJ, CISSSCA

Chantal Campeau, directrice de la réadaptation, milieux de vie jeunesse et Justice pénale pour adolescents, MSSS

Robin Marie Coleman, directrice générale principale à la vice-présidence Opérations et coordination santé et services sociaux, Santé Québec

Isabelle Demers, PDG, CHU Sainte-Justine

Mélissa Desjardins, DPJ, CISSSBSL

Patrick Duchesne, PDG, CIUSSSCN

Sonia Dugal, Santé Québec

Stéfany Garneau, directrice des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux, CIUSSSCN

Nancy Héroux, directrice des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux, CISSS de l'Outaouais

Lesley Hill, directrice nationale de la protection de la jeunesse et sous-ministre adjointe

Lyne Jutras, directrice de la qualité, de l'éthique, de la performance, et du partenariat (DQEPP), CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Geneviève Landry, sous-ministre adjointe aux services sociaux, MSSS

Pierre-Marc Legris, représentant de la vice-présidence Approvisionnement, logistique et infrastructure, Santé Québec

Pierre-Luc Masson, conseiller cadre DGSBEJ, Santé Québec

Julie Mathieu, représentante de la vice-présidence Finances, Santé Québec

Isabelle Matte, PDG, CCSMTL

Katherine Moxness, DJeu, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Martin Pelletier, PDG, CISSSG

Geneviève Poirier, directrice générale et secrétaire au Secrétariat aux services internationaux à l'enfant, MSSS

Isabelle Simard, directrice générale des services multidisciplinaires de santé et services sociaux, Santé Québec



MOT DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ, MINISTRE RESPONSABLE DES SERVICES SOCIAUX, MINISTRE RESPONSABLE DES AÎNÉS ET DES PROCHES AIDANTS

La protection des enfants est un sujet important qui mobilise l'ensemble de la société québécoise. Au cours des dernières années, plusieurs rapports et enquêtes y ont été consacrés, toujours dans l'intérêt de faire mieux pour nos enfants, de les protéger et de soutenir adéquatement leur développement.

Les recommandations des rapports et enquêtes font l'objet de suivis rigoureux, de plans d'action et de déploiement de mesures. Des sommes importantes sont rendues disponibles pour réaliser ces initiatives. Cependant, jamais auparavant le gouvernement ne s'était doté d'une véritable stratégie pour partager sa vision et ses orientations et ainsi guider nos actions pour les prochaines années, afin de protéger adéquatement nos enfants.

Pour la première fois, le gouvernement énonce avec clarté son projet de transformation à entreprendre afin de mieux venir en aide aux jeunes en difficulté et à leurs familles. Ce projet de transformation permet d'aller au-delà de la réponse aux recommandations reçues et de structurer proactivement une démarche rassembleuse autour d'une vision. Cette vision, particulièrement inspirante et inclusive, constitue une invitation à tous les membres de notre société à agir collectivement en matière de prévention et de services aux familles afin de favoriser le bien-être, le développement et la protection des enfants.

Ainsi, bien que la mise en œuvre de cette transformation soit portée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec, cette stratégie se veut un appel à la collaboration et à la concertation de l'ensemble des composantes de la société intervenant auprès des enfants.

Cette stratégie établit une structure solide autour de laquelle des initiatives et des actions concrètes seront mises en œuvre. Ces initiatives permettront d'améliorer les soins et services offerts aux jeunes et à leurs familles, mais également de mieux soutenir le système de protection et le personnel qui s'y dédie quotidiennement.

Je suis très fière de cette stratégie qui s'articule autour des besoins des enfants. Ensemble, nous pouvons leur offrir le filet de protection qu'ils méritent.

Sonia Bélanger

Ministre de la Santé, ministre responsable des Services sociaux,
ministre responsable des aînés et des proches aidants



MOT DES RESPONSABLES

Nous aspirons à ce que tous les enfants du Québec puissent grandir en confiance, entourés par une famille et une communauté bienveillante. Cependant, tous les enfants ne font pas face aux mêmes défis. Certaines familles vivent dans des conditions précaires, d'autres sont aux prises avec des problèmes de santé physique, de santé mentale ou de toxicomanie. D'autres subissent le racisme, l'isolement et la marginalisation. Quand bien même ces défis sont différents, tous les enfants ont les mêmes droits. Il est de notre devoir de leur assurer la protection et les soins et services nécessaires à leur bien-être et à leur développement.



Qui dit besoins différents, dit aussi stratégies d'intervention différentes. La prévention, le dépistage hâtif, les soins et services de première ligne, le soutien et la participation des familles et des organismes qui s'impliquent auprès d'elles font toute la différence. Il en est de même pour les intervenants dévoués et engagés auprès des jeunes en difficulté. Le bien-être des enfants est une responsabilité collective où le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec entendent assumer leur leadership et montrer la voie.



La stratégie conjointe pour la protection de l'enfance s'inscrit dans cet esprit, en continuité de la mise en œuvre des recommandations de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. De manière concertée, nous nous sommes donné une vision et nous avons déterminé des orientations stratégiques permettant de réaliser cette vision.

Nous sommes conscients qu'il s'agit d'une transformation importante qui aura des répercussions sur nos activités, sur nos responsabilités ainsi que sur l'organisation des soins et services, et que nous devons déployer de nombreux efforts pour y parvenir. Nous nous engageons conjointement dans cette voie puisque nous sommes fermement déterminés à mieux protéger les enfants et à assurer leur développement et leur bien-être.

Lesley Hill

Directrice nationale de la protection de la jeunesse et sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Robin Marie Coleman

Directrice générale principale à la vice-présidence - Opérations et coordination santé et services sociaux, Santé Québec

Geneviève Landry

Sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
LA STRATÉGIE EN BREF	3
1. CONTEXTE	4
1.1 Portrait de la situation et des enjeux	5
1.2 Action gouvernementale et ministérielle	15
1.3 Les constats de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021)	17
2. FONDEMENTS	22
2.1 Vision	22
2.2 Principes directeurs	23
2.3 Modèle intégré de la prévention et de la protection de l'enfance	25
3. ENGAGEMENTS	29
3.1 Orientation 1 : Les familles reçoivent des services préventifs et de première ligne, coordonnés et accessibles, au cœur même de leurs milieux de vie	29
3.2 Orientation 2 : Les jeunes et les parents en contexte de vulnérabilité se font offrir de l'aide, sont valorisés et leur participation active est soutenue	34
3.3 Orientation 3 : Les enfants font l'objet d'une intervention de la protection de la jeunesse lorsque requis et leurs parents reçoivent l'aide nécessaire pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité et le développement de leur enfant	38
3.4 Orientation 4 : Les enfants vivent de la stabilité et chaque enfant peut s'épanouir et développer tout son potentiel	42
3.5 Orientation 5 : Les enfants et les familles reçoivent des services qui tiennent compte de leur identité, leur diversité, leur langue et leurs droits	45
3.6 Orientation 6 : Les enfants et les familles des Premières Nations et des Inuit ont accès à des services sécurisants. Les collaborations soutiennent l'exercice d'une autonomie des communautés en matière de services à l'enfance et à la famille	47

4.	MODALITÉS DE DÉPLOIEMENT	51
4.1	Pilier 1 : Des pratiques concertées et intégrées qui accompagnent et engagent activement les familles vivant en contexte de vulnérabilité.....	51
4.2	PILIER 2 : Un renforcement de la promotion de la santé, de la prévention et des services de première ligne afin d'intervenir de manière précoce et efficace.....	52
4.3	PILIER 3 : L'amélioration constante des pratiques cliniques et de gestion	53
4.4	PILIER 4 : Des milieux de vie sécurisants qui placent le bien-être des enfants et des jeunes au cœur de leurs priorités	53
4.5	PILIER 5 : Des intervenants engagés, qualifiés et soutenus : un levier essentiel pour la qualité des services aux jeunes	54
4.6	PILIER 6 : Une gouvernance intégrée qui mobilise tous les savoirs et qui évalue la pertinence et l'efficacité des actions	55
5.	MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI	58
6.	CONCLUSION	60
	ANNEXE 1 – GLOSSAIRE	61
	BIBLIOGRAPHIE	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Signalements traités de 2006 à 2025	9
Figure 2 – Personnes signalantes 2024-2025	10
Figure 3 – Évolution du taux de rétention des signalements de 2017 à 2025	10
Figure 4 - Problématiques prises en charge par un DPJ	12
Figure 5 – Services psychosociaux JED en CLSC – Évolutions des jeunes rejoints.....	13
Figure 6 – En 2023-2024, budget du programme JED incluant les investissements.....	14
Figure 7 – Vision intégrée de la prévention et de la protection	26
Figure 8 – Cadre financier – Jeunes en difficulté	52

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRUJeF	Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles
CSDEPJ	Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse
DITSADP	Déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou déficience physique (DP)
DNPJ	Directrice nationale de la protection de la jeunesse
DPCP	Directeur des poursuites criminelles et pénales
DP	Directeur provincial
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
EIC	Étude d'incidence canadienne
ÉIQ	Étude d'incidence québécoise
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
EVFVEQ	Enquête sur les violences familiales dans la vie des enfants
FA	Familles d'accueil
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IUJD	Institut universitaire Jeunes en difficulté
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
LEJFPNIM	<i>Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuit et des Métis</i>
LPJ	<i>Loi sur la protection de la jeunesse</i>
LGSSSS	<i>Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux</i>
LRR	<i>Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant</i>
LSJPA	<i>Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents</i>
MEQ	Ministère de l'Éducation
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MFA	Ministère de la Famille
MJQ	Ministère de la Justice
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MSP	Ministère de la Sécurité publique
OC	Organismes communautaires
OLO	Programme Œufs-Lait-Oranges
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAOI	Programme d'accueil-orientation-intégration
PC	Protecteur du citoyen
PIN	Programme d'intervention en négligence
PISCSS	Programme d'intervention sociojudiciaire en conflit sévère de séparation
PNI	Premières Nations et Inuit
PQJ	Programme qualification des jeunes
RI-RTF	Ressource intermédiaire et ressource de type familial
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS	Réception et traitement des signalements
SASIE	Secrétariat aux services internationaux à l'enfant
SGÉE	Service de garde éducatif à l'enfance
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SMPJ	Sous-ministériat à la protection de la jeunesse
Y'APP	Programme Y'a personne de parfait

INTRODUCTION

Le Québec se distingue par l'état de santé et de bien-être de ses citoyennes et citoyens et par un filet social solide en matière de prévention¹. Le domaine de l'enfance ne fait pas exception. Le filet social qu'il a mis en place fait l'envie de bien des juridictions et le Québec affiche le taux de pauvreté infantile le plus bas du Canada². Le développement et le bien-être des enfants font l'objet de plusieurs plans d'action et stratégies gouvernementales, d'où découlent des programmes ou des services. Pensons aux services de garde éducatifs à l'enfance, aux mesures de soutien financier pour les familles, au programme de soutien aux organismes communautaires, pour en nommer que quelques exemples. Ces mesures sont portées par différents ministères et organismes.

Cependant, malgré toutes ces mesures, aucune stratégie dédiée à la protection de l'enfance n'a été publiée à ce jour, bien que plusieurs instances et commissions se soient progressivement penchées sur cette question. La Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ) a insisté sur le fait que la protection et le bien-être des enfants ne sont pas tributaires d'une Loi, mais plutôt de la volonté d'une société entière³. Les services de santé et les services sociaux gagnent à être offerts en étroite collaboration avec les différents acteurs qui gravitent autour des enfants dans la communauté. C'est dans cette perspective que la présente stratégie est élaborée, afin d'assurer une réponse précoce, collective et adaptée aux besoins des enfants. Elle vise également à poursuivre l'implantation des recommandations de la CSDEPJ.

UNE PREMIÈRE STRATÉGIE DE PROTECTION DE L'ENFANCE

Cette toute première stratégie conjointe du MSSS et de Santé Québec vise à renforcer le filet de protection sociale autour des jeunes et de leurs familles, en portant une attention particulière à ceux qui sont en situation de vulnérabilité. Sans prétendre couvrir l'ensemble des enjeux actuels, des besoins de la population et des connaissances disponibles, cette stratégie jette un regard lucide sur les défis qui nous attendent, dans le cadre de la réorganisation du système de santé et de services sociaux, et permet de concentrer collectivement nos efforts, de façon cohérente et concertée, pour répondre aux besoins des enfants et des parents.

Elle vise à mobiliser les acteurs clés autour de grandes orientations axées sur divers besoins spécifiques de l'enfant (sécurité, développement, droits, participation, etc.), en s'appuyant d'abord sur des pratiques préventives et de première ligne. Elle propose des piliers de transformation à mettre en œuvre dans les prochaines années et sur lesquels s'appuiera une évolution de l'offre de services aux enfants et aux familles.

La stratégie s'inscrit en cohérence avec d'autres orientations gouvernementales récentes qui contribuent au développement et au bien-être de l'enfant et des familles, et qui mobilisent la collaboration de plusieurs partenaires. Mentionnons notamment la Stratégie nationale de prévention en Santé 2025-2035, le Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028, la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne⁴ et le Cadre de référence *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*. C'est seulement avec un effort collectif et concerté qu'une réelle transformation pourra s'opérer.

LA STRATÉGIE EN BREF

VISION : Une société bienveillante et inclusive qui fait de la prévention et de la responsabilité collective le cœur de son action, qui favorise le bien-être, le développement et la protection des enfants et qui soutient, de façon coordonnée et concertée, les familles et les communautés qui les entourent.

6 ORIENTATIONS

AXÉES SUR L'ENFANT ET SA FAMILLE

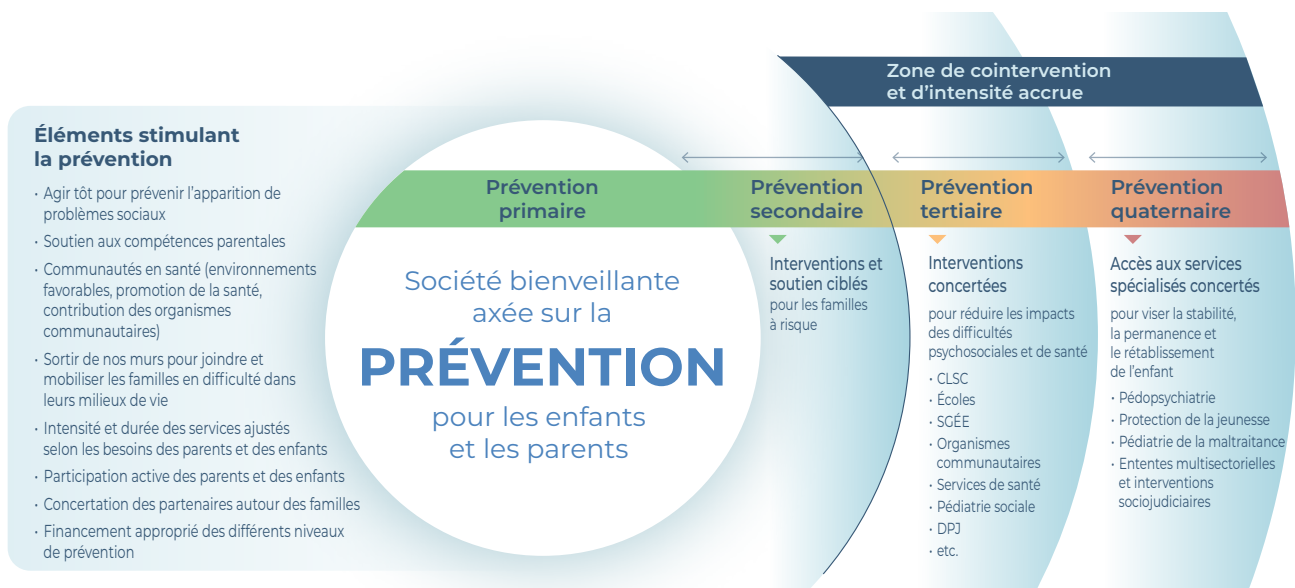
1. Les familles reçoivent des services préventifs et de première ligne, coordonnés et accessibles, au cœur même de leurs milieux de vie
2. Les jeunes et les parents en contexte de vulnérabilité se font offrir de l'aide, sont valorisés et leur participation active est soutenue
3. Les enfants font l'objet d'une intervention de la protection de la jeunesse lorsque requis et leurs parents reçoivent l'aide nécessaire pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité et le développement de leur enfant
4. Les enfants vivent de la stabilité et chacun d'entre eux peut s'épanouir et développer tout son potentiel
5. Les enfants et les familles reçoivent des services qui tiennent compte de leur identité, leur diversité, leur langue et leurs droits
6. Les enfants et les familles des Premières Nations et des Inuit ont accès à des services sécurisants. Les collaborations soutiennent l'exercice d'une autonomie des communautés en matière de services à l'enfance et à la famille

6 PILIERS

À METTRE EN ŒUVRE

1. Des pratiques concertées et intégrées qui accompagnent et engagent activement les familles vivant en contexte de vulnérabilité
2. Un renforcement de la promotion de la santé, de la prévention et des services de première ligne afin d'intervenir de manière précoce et efficace
3. L'amélioration constante des pratiques cliniques et de gestion
4. Des milieux de vie sécurisants qui placent le bien-être des enfants et des jeunes au cœur de leurs priorités
5. Des intervenants et des professionnels engagés, qualifiés et soutenus : un levier essentiel pour la qualité des services aux jeunes
6. Une gouvernance intégrée qui mobilise tous les savoirs et qui évalue la pertinence et l'efficacité des actions

UN MODÈLE DE PRÉVENTION INTÉGRÉ





1. CONTEXTE

Le développement des enfants est généralement reconnu comme une pierre angulaire de leur bien-être et il est donc d'une importance fondamentale, tout comme leur sécurité physique et émotionnelle ainsi que leur interaction avec leur milieu familial, communautaire et social⁵. L'OMS statue dorénavant sur le fait que :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale⁶. »

Dès 1991, le rapport du Groupe de travail pour les jeunes « un Québec fou de ses enfants »⁷ mettait l'accent sur la prévention de la maltraitance et sur l'amélioration des conditions de vie des familles, afin que chaque enfant puisse s'épanouir et atteindre son plein potentiel. Ce même rapport rappelait que le bien-être des enfants est indissociable de celui de leurs parents, illustrant l'importance de réduire les inégalités sociales et de santé auxquelles font face plusieurs familles.

La maltraitance envers les enfants est reconnue comme un enjeu de santé publique par diverses autorités, comme les *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* et l'OMS⁸, ce qui justifie le renforcement d'actions préventives. De plus, la prévention et l'intervention efficaces doivent prévoir la participation active des acteurs liés à la famille, à la santé et à l'éducation. Les principaux collaborateurs seront alors les services de garde éducatifs à l'enfance (SGÉE), les écoles et les services de soutien en santé mentale⁹.

Le nombre de commissions d'enquête et de groupes de travail, au fil du temps, sur les services à offrir aux enfants et aux familles, témoigne de la sensibilité de l'enfance et des attentes de la population à leur égard¹⁰. Cependant, malgré la mise en œuvre des recommandations reçues, malgré l'avancée de la recherche et malgré les investissements financiers importants, des défis perdurent et du travail reste à faire.

Le chapitre d'introduction du rapport de la CSDEPJ a documenté, de façon exhaustive, l'ensemble des travaux et modifications législatives effectués depuis la mise en œuvre de la LPJ, pour dégager certains thèmes récurrents au fil des décennies :

- l'importance des soins et services de première ligne, financés et organisés pour assurer l'intervention précoce ainsi que des services avec l'intensité nécessaire, bien en amont d'une intervention du DPJ;
- les besoins des enfants, qui doivent être considérés de façon globale, en tenant compte non seulement de la sécurité physique, mais également des aspects affectifs, développementaux et sociaux;
- le droit des parents d'être aidés et soutenus afin de s'acquitter de leurs responsabilités parentales;
- la participation nécessaire et incontournable des acteurs de la communauté, dans une perspective de prévention et de responsabilité collective envers les familles en difficulté;
- le caractère exceptionnel du recours à la LPJ¹¹.

C'est pour cette raison que la stratégie actuelle prend appui sur les constats de la CSDEPJ, qui a déjà procédé à une consultation étendue de toutes les parties prenantes afin de produire un rapport générant un large consensus social. Forte de ces constats, cette stratégie repose davantage sur des projets structurants, portés par une gouvernance qui intègre la voix des décideurs, des acteurs terrain, de la recherche, des représentants de jeunes, de parents et de la société civile, afin d'avancer collectivement vers une meilleure organisation des soins et services pour les enfants et leurs familles.

1.1 Portrait de la situation et des enjeux

1.1.1 Les caractéristiques des jeunes et de leurs familles

La société québécoise et ses caractéristiques ont considérablement évolué au cours des dernières années. Ces changements ont tous des répercussions, directes ou indirectes, sur le développement et le bien-être des enfants.

Quoique le portrait populationnel soit en constante évolution, des tendances sont observées qui améliorent la consolidation du filet social, en renforçant certains mécanismes de protection. Par exemple :

- La proportion de parents d'enfants âgés de 1 à 5 ans et vivant dans un ménage à faible revenu a diminué; étant passée de 25 % en 2015 à 20 % en 2022¹².

- La fréquentation de services de garde éducatifs à l'enfance, contribuant à une détection et à une intervention précoce auprès des enfants vulnérables, a également augmenté. En 2022, 93 % des enfants de maternelle avaient fréquenté un service de garde pendant au moins trois mois avant de faire leur entrée à l'école¹³.

Toutefois, certaines caractéristiques et tendances récentes concernant les jeunes et leurs familles sont préoccupantes :

- Parmi les enfants d'âge préscolaire, seulement 62 % des enfants de ménage à faible revenu fréquentaient un service de garde en 2021, comparativement à 86 % des enfants de ménage à revenu élevé. Or, la fréquentation d'un service de garde favorise le développement des enfants. Elle contribue aussi au filet de protection sociale et permet de créer des liens bienveillants avec d'autres adultes¹⁴.
- L'expérience parentale semble de plus en plus exigeante : 61 % des parents considèrent que le fait de prendre soin de leurs enfants leur demande plus d'énergie et de temps qu'ils en ont¹⁵.
- La proportion de parents de tout-petits qui avaient un entourage peu disponible est plus élevée en 2022 qu'en 2015 (29 % c. 19 %)¹⁶.
- Le taux d'enfants québécois vivant en situation d'insécurité alimentaire présente également une tendance à la hausse, étant passé de 13 % en 2020 à 21 % en 2022¹⁷. Cette proportion atteint jusqu'à 80 % dans des régions nordiques comme le Nunavik¹⁸.
- Les inégalités sociales demeurent importantes. Au Québec, les 20 % des familles les plus riches détiennent 68 % de la richesse accumulée¹⁹.
- L'habitation est devenue moins abordable au Québec. Les dépenses consacrées au logement par rapport au revenu moyen ont fortement augmenté. Cette situation est criante dans certaines régions en raison de la rareté des logements disponibles ou des prix élevés, ce qui exacerbe les inégalités sociales²⁰.
- Près de 29 % des enfants québécois en maternelle 5 ans seraient considérés comme vulnérables dans au moins un domaine de développement, avec des écarts marqués selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale²¹. Les enfants issus de milieux défavorisés sont aussi plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble du développement, comme le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou d'autisme²².
- Selon l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire 2022-2023, environ 20 % des élèves du secondaire présentent un trouble anxieux confirmé par une professionnelle ou un professionnel de la santé, une proportion plus élevée que celles observées en 2016-2017 (17 %) et en 2010-2011 (9 %)²³.
- Aujourd'hui, près du quart des adolescentes et adolescents vivent une détresse psychologique élevée, avec une tendance plus marquée chez les filles²⁴.

- Une première étude de prévalence en protection de la jeunesse révèle qu'un enfant québécois sur dix sera non seulement signalé, mais pris en charge par le DPJ au cours de son enfance et qu'un enfant sur 20 sera retiré de son milieu familial²⁵.
- Parmi les personnes en situation d'itinérance au Québec, 29 % à 33 % déclarent avoir déjà été placées par la Direction de la protection de la jeunesse²⁶.

1.1.2 Contexte sociodémographique en changement

Ces tendances s'inscrivent également dans un contexte d'évolution sociodémographique de la société. Par exemple, la diversité culturelle demande une intervention plus adaptée. En 2023, 37 % des bébés nés au Québec avaient au moins un parent né dans un autre pays. Cette proportion était de 20 % en 1998. L'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) révèle que les enfants nés à l'extérieur du Canada sont plus susceptibles d'être vulnérables que leurs homologues dans plusieurs domaines de leur développement²⁷. D'ailleurs, plusieurs études récentes démontrent une surreprésentation d'enfants issus des communautés noires dans le système québécois de la protection de la jeunesse²⁸. Plusieurs analyses ont mené à des recommandations spécifiques visant à diminuer la surreprésentation de cette population, en agissant sur les inégalités sociales et en adaptant les services à leur réalité, par l'entremise de partenariats avec les communautés elles-mêmes et par le soutien à des initiatives ancrées dans la communauté²⁹.

Une surreprésentation des enfants des Premières Nations et Inuit (PNI) est également observée à toutes les étapes d'intervention en protection de la jeunesse et de justice pénale. Le taux de rétention des signalements est cinq fois plus élevé que chez les communautés non autochtones³⁰. Une étude récente démontre qu'en 2019 au Québec, les enfants PNI étaient 3,5 fois plus susceptibles d'être évalués à la suite d'un signalement comparativement aux enfants non autochtones. Ils étaient 4,3 fois plus susceptibles d'être placés. La disparité est concentrée aux situations de risque sérieux de négligence et aux situations concernant de jeunes enfants (moins de 4 ans, mais surtout 0-1 an)³¹.

L'intervention auprès des personnes issues de la diversité culturelle, de la diversité ethnique ou des PNI doit souvent tenir compte de conditions de vie difficiles, de discrimination et de vécus traumatiques. Cette complexité nécessite une approche holistique, un soutien approprié et l'adaptation des pratiques.

1.1.3 Prévalence de la maltraitance

La cinquième édition de l'Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec (EVFVEQ)³² (2024) permet d'évaluer l'ampleur de plusieurs types de maltraitance envers les enfants au Québec, de leur conception (grossesse) à l'âge de 17 ans. Parmi les faits saillants, cette enquête nous révèle ce qui suit :

- Globalement, peu importe la forme de négligence, on estime à 8 % la proportion d'enfants de 6 mois à 17 ans faisant l'objet de négligence au Québec au cours des 12 mois précédant l'enquête (environ 122 400 enfants) et à 10 % celle des enfants qui présenteraient un risque de négligence (environ 166 600 enfants). Au total, 289 000 enfants font l'objet de négligence (ou présentent un risque de négligence); cela représente une proportion de 18 % des personnes mineures en 2024, ce qui nous indique l'ampleur du phénomène.
- Au cours des 12 mois précédant l'enquête, on estime que 2,7 % des enfants de 6 mois à 17 ans au Québec ont été exposés à trois types de maltraitance, soit la violence, la négligence (et le risque de négligence) et l'exposition à de la violence entre partenaires intimes (44 200 enfants).
- Certaines tendances en baisse sont constatées. Entre 1999 et 2024, la part d'enfants ayant vécu de l'agression psychologique répétée est passée de 48 % à 28 %, tandis que celle d'enfants ayant vécu de la violence physique mineure est passée de 48 % à 13 %.

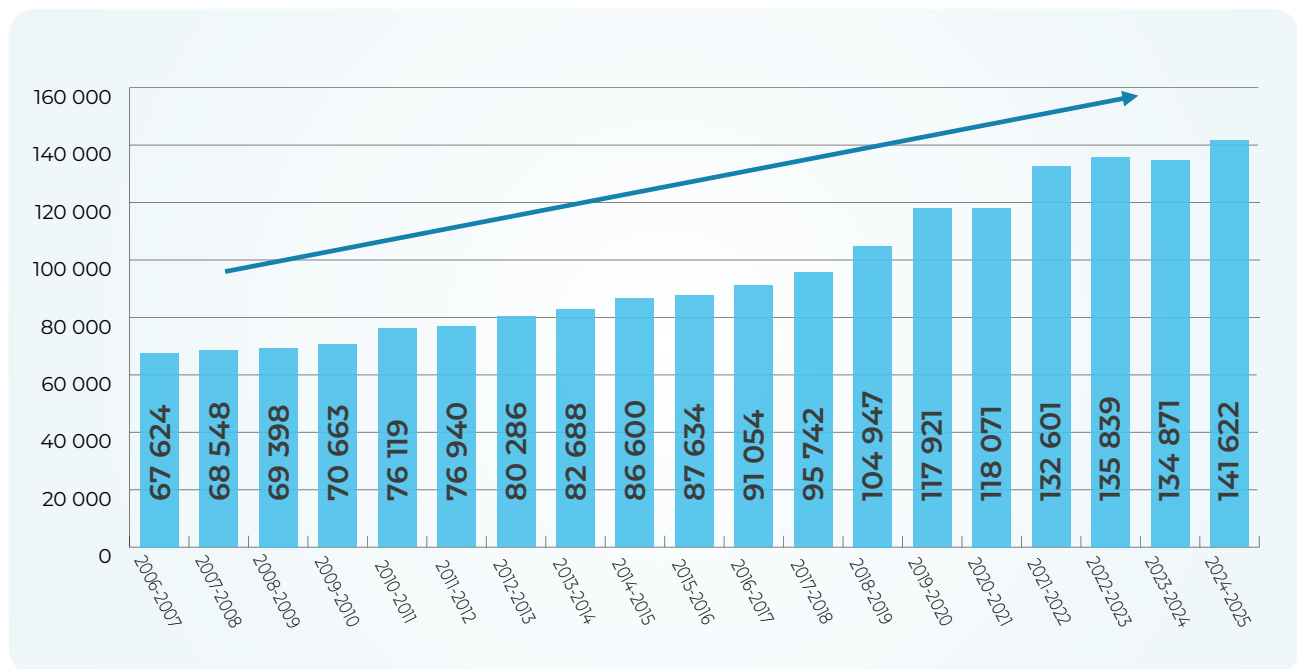
Il faut poursuivre les efforts pour s'attarder à la négligence, à l'exposition des enfants à la violence entre partenaires intimes et à la violence envers la mère en période périnatale, des thèmes qui ont été ajoutés à l'enquête au cours des dernières années. Chaque enfant qui a besoin de protection, ou dont la famille requiert du soutien, doit pouvoir accéder à des services adaptés, bienveillants et efficaces.

1.1.4 L'évolution, la provenance et la rétention des signalements d'enfants en Protection de la jeunesse

La *Loi sur la protection de la jeunesse* a été mise en œuvre en 1979 dans le but de protéger les enfants de la société québécoise contre la maltraitance et d'intervenir lorsque leur sécurité ou leur développement est ou peut être compromis. Cette loi a également pour objectif de mettre fin à la situation de compromission et d'éviter que celle-ci ne se reproduise³³. L'intervention de l'État dans la vie des familles doit cependant demeurer exceptionnelle, et les parents doivent pouvoir s'acquitter de leurs responsabilités et trouver réponse à leurs besoins auprès de leur famille élargie ou dans leurs communautés.

La **Figure 1** montre l'évolution des signalements d'enfants au Québec depuis les 20 dernières années. Tandis qu'en 2006-2007, les directrices et directeurs de la protection de la jeunesse enregistraient 67 624 signalements, près de 20 ans plus tard, on constate 141 622 signalements pour 2024-2025, soit une hausse de 110 %. En 2024-2025, 6,3 % des jeunes Québécoises et Québécois âgés de 0 à 17 ans étaient signalés à la DPJ.

Figure 1 – Signalements traités de 2006 à 2025



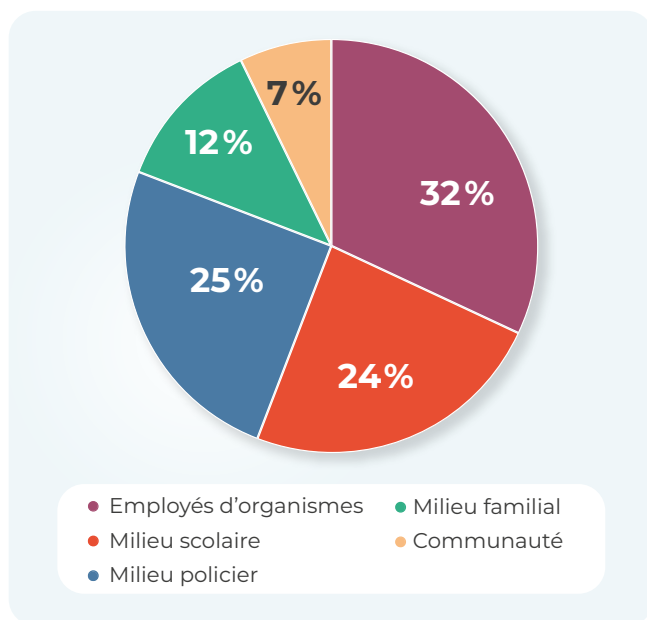
L'Étude d'incidence québécoise (ÉIQ) nous donne un éclairage plus précis en lien avec les taux populationnels d'enfants signalés et permet d'apprécier l'évolution pour l'ensemble des enfants évalués en 1998, 2008, 2014 et 2019, de même que plus spécifiquement pour les enfants évalués sécurité/développement compromis (SDC) ou non compromis (SDNC). Ainsi, les résultats de l'ÉIQ-2019 indiquent une hausse de 48 % d'enfants évalués entre 1998 (15 enfants pour mille) et 2019 (23 pour mille). La hausse des enfants évalués SDC est beaucoup moins marquée (18 %), appuyant l'hypothèse que le système de protection est engorgé par des situations qui ne nécessitent pas d'intervention sous la LPJ³⁴.

Cette hausse d'enfants signalés à la DPJ est d'autant plus préoccupante qu'en raison du cloisonnement des systèmes d'information, il est actuellement impossible de déterminer si les enfants et leurs parents ont accédé à des services d'aide en amont du signalement, ou encore s'ils passent par la porte de la protection de la jeunesse pour répondre à des besoins de services.

Le Québec a modifié sa loi de façon importante au fil des années pour toujours ajouter des motifs de signalement. Une « accélération » de l'augmentation du nombre de signalements est constatée depuis 2007, à la suite de l'ajout de la notion de risque sérieux de négligence, d'abus sexuel et d'abus physique. Cet élargissement a été accompagné d'une vaste campagne de sensibilisation des

intervenantes et intervenants de différents milieux en lien avec leur obligation de signaler. D'ailleurs, l'augmentation des signalements de la part de signalants professionnels (policiers, intervenantes et intervenants des écoles, intervenantes et intervenants du CLSC) est largement constatée, tandis que l'ÉIQ permet de conclure que les signalements effectués par des professionnelles et professionnels sont seuls responsables de la hausse des signalements constatée, tandis que les signalements par d'autres sources sont en baisse depuis 1998.

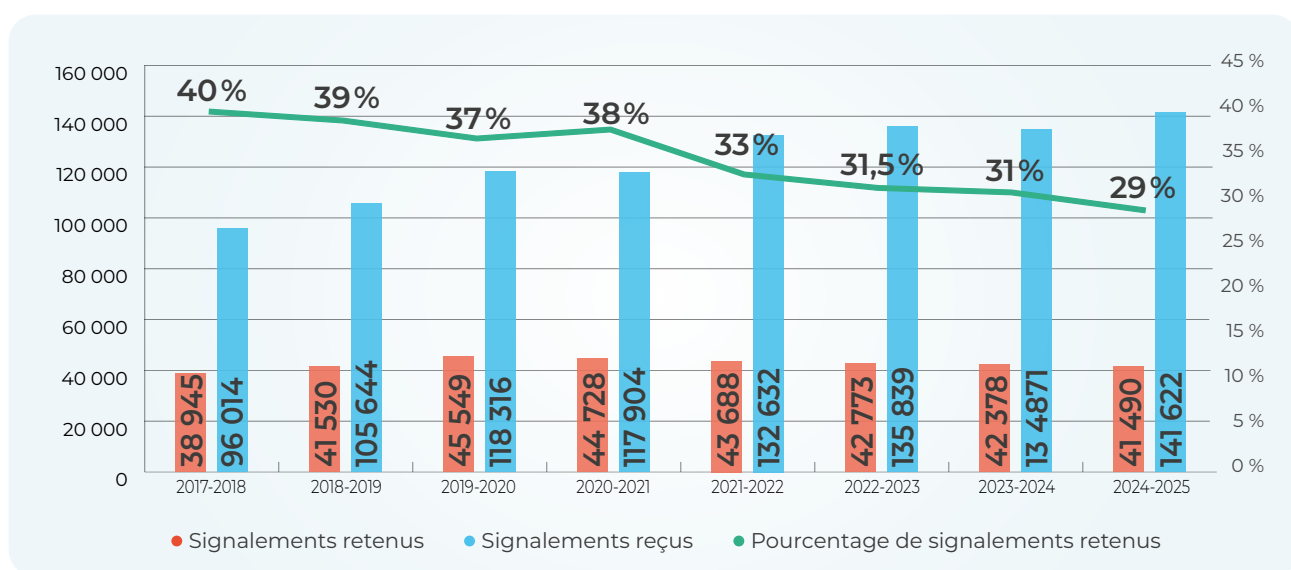
Figure 2 – Personnes signalantes 2024-2025



La **Figure 2** présente la provenance des signalements, dont 81 % proviennent de professionnelles et professionnels et seulement 19 % de la famille ou de la communauté.

Même si le nombre d'enfants signalés à la DPJ est en hausse, le taux de rétention des signalements est constamment en baisse, avec seulement 29 % de signalements retenus pour l'année 2024-2025 (35 % pour les 0-4 ans). Ceci appuie toujours l'hypothèse que certaines situations pourraient trouver une meilleure réponse en première ligne.

Figure 3 – Évolution du taux de rétention des signalements de 2017 à 2025



La **Figure 3** illustre le taux de signalements retenus depuis les huit dernières années. On voit que le nombre de signalements retenu pour évaluation demeure relativement stable depuis 2018-2019.

Tandis que, selon l'Étude d'incidence canadienne (EIC), les situations urgentes correspondaient à 28 % des dossiers en 1998, 20 ans plus tard on constatait seulement 10 % de cas nécessitant une protection immédiate³⁵. Ces données coïncident avec les données détenues par le MSSS, alors que les urgences de priorité 1 (intervention immédiate) représentent 13 % des signalements retenus depuis le 22 septembre 2024.

Dans les cas urgents comme dans les autres, plusieurs facteurs sont observés, notamment :

- les troubles mentaux chez les parents;
- les parents en situation de handicap nécessitant des connaissances de la part des intervenantes et intervenants et, souvent, des services des autres programmes;
- l'isolement social;
- les conditions de vie difficiles, notamment en lien avec le logement et des ressources financières et matérielles insuffisantes;
- le trouble comportemental, développemental ou d'apprentissage chez l'enfant.

Certaines études insistent sur le fait que les politiques publiques doivent reconnaître cette distinction entre la protection urgente et les besoins chroniques et activement éviter de prendre en charge les besoins chroniques en vertu d'une loi d'exception, surtout avant d'offrir des services aux familles³⁶.

Cette question de services pour répondre aux besoins chroniques est fondamentale. Lorsqu'un signalement n'est pas retenu, la situation des enfants revient parfois dans le giron de la DPJ, dans des conditions plus détériorées. Nous savons maintenant que presque la moitié des enfants pour qui le signalement est non retenu, sécurité/développement statué non compromis, finissent par être signalés de nouveau et par faire l'objet d'une évaluation avant l'âge de 18 ans. La sécurité et le développement seront alors jugés compromis pour 17 % d'entre eux³⁷.

Le réseau doit mettre en place des services adaptés, afin d'éviter que la loi d'exception constitue la porte d'entrée aux services pour des familles en contexte de vulnérabilité, ce qui peut accentuer des situations familiales déjà tendues et difficiles et même contribuer à creuser l'écart et les inégalités sociales auxquelles font face certaines populations.

En 2024-2025, 45 307 enfants font l'objet d'une prise en charge par un directeur de la protection de la jeunesse. Les problématiques sont exposées à la **Figure 4** :

Figure 4 - Problématiques prises en charge par un DPJ

PROBLÉMATIQUES	0 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 15 ans	16 - 17 ans	TOTAL
0,8 % Abandon	44	115	92	117	368
8,9 % Abus physique	534	2 100	813	567	4 014
2,9 % Risque sérieux d'abus physique	583	522	137	88	1 330
3,6 % Abus sexuel	82	586	500	445	1 613
2,4 % Risque sérieux d'abus sexuel	262	543	168	101	1 074
7,8 % Exposition à la violence conjugale	1 406	1 618	349	165	3 538
16,5 % Mauvais traitements psychologiques	1 196	3 559	1 668	1 056	7 479
30,4 % Négligence	2 683	5 797	3 165	2 138	13 763
18,7 % Risque sérieux de négligence	3 535	3 152	1 048	727	8 462
8,0 % Troubles de comportement sérieux	--	191	1 380	2 075	3 646
TOTAL	10 325	18 183	9 320	7 479	45 307

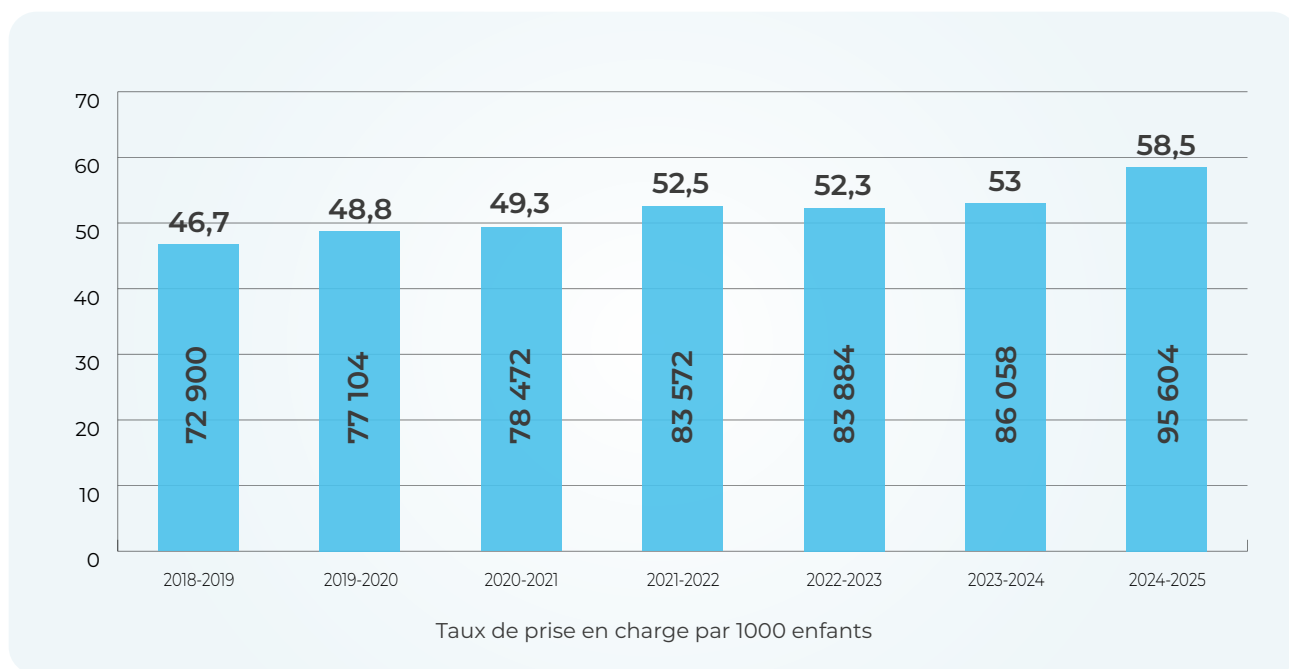
Le motif de négligence, combiné au risque sérieux de négligence, constitue toujours la moitié des situations prises en charge par les DPJ. Répondre aux besoins de ces familles mérite une attention particulière dans la stratégie à mettre de l'avant.

La judiciarisation des dossiers en protection de la jeunesse demeure élevée et les délais à la Chambre de la jeunesse de la Cour du Québec sont tout aussi élevés. Un plan conjoint du MSSS et du ministère de la Justice sur les délais judiciaires a été lancé le 28 août 2025 et le recours aux tribunaux sera un élément à surveiller de très près.

Il importe de souligner la présence d'éléments positifs en lien avec les pratiques des dernières années, pouvant servir d'appui pour poursuivre une transformation favorable au bien-être des enfants :

- Les services de première ligne en centre local de services communautaires (CLSC) permettent de joindre plus de jeunes en difficulté. En six ans, le nombre d'enfants joints est passé de 72 900 en 2019 (46,7/1000 enfants) à 95 604 en 2025 (58,5/1000 enfants)³⁸. Cette évolution est illustrée à la **Figure 5** :

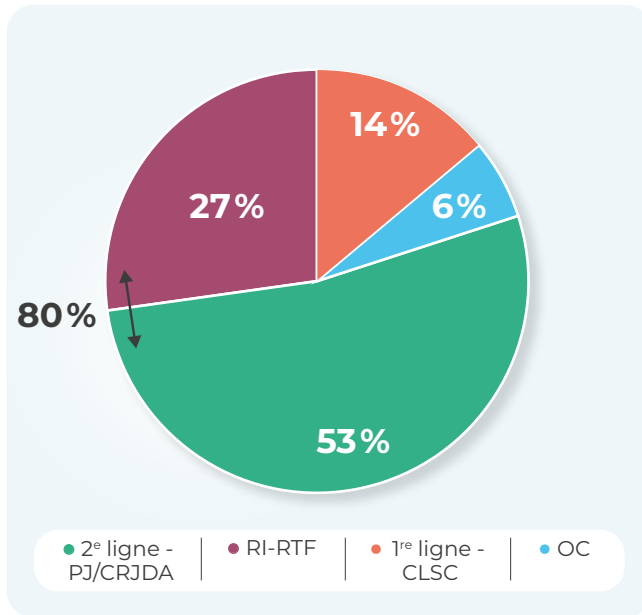
Figure 5 – Services psychosociaux JED en CLSC – Évolutions des jeunes rejoints



- En protection de la jeunesse, toutes problématiques confondues, les deux tiers des enfants pris en charge sont suivis dans leur milieu familial (46 %) ou confiés à un tiers significatif (20 %)³⁹.
- La durée active d'une application des mesures à la LPJ est en moyenne de 499 jours, ce qui indique que pour plusieurs enfants, l'intervention du DPJ a un début et une fin⁴⁰.
- Les enfants suivis par les DPJ vivent de plus en plus de stabilité⁴¹.

1.1.5 Une répartition des dépenses à repenser

Figure 6 – En 2023-2024, budget du programme JED incluant les investissements



À l'heure actuelle, la distribution des ressources ne valorise pas les services préventifs ou de première ligne. La protection de la jeunesse, notamment les coûts relatifs aux RI-RTF et à la réadaptation, compte pour 80 % des dépenses liées au programme Jeunes en difficulté (JED), contre 14 % pour la première ligne CLSC et 6 % pour le milieu communautaire. Cette réalité avait été soulevée par la CSDEPJ et demeure malheureusement d'actualité en 2025.

Ce déséquilibre dans le financement des services ne permet pas toujours d'atteindre les objectifs escomptés.

Par ailleurs, la distribution réactive des investissements n'est pas soutenable à long

terme. Une structure de financement valorisant la prévention aurait avantage à être utilisée comme un levier pour contrer l'augmentation constante des coûts, diminuer la pression sur les services de protection de la jeunesse et contribuer à la pérennité du système.

Dans la même veine, le retrait des enfants de leur milieu familial, incluant les coûts relatifs aux RI-RTF, au CRJDA, à l'adoption et à la tutelle, constitue plus de 50 % du budget global du programme JED. À cet effet, notons qu'au Québec, le taux de placement d'enfants hors de leur foyer familial serait significativement plus élevé que celui de l'Ontario⁴². En effet, 5,52 % des enfants au Québec connaîtront un placement à un moment ou à un autre avant d'atteindre leur majorité⁴³.

Réduire les coûts relatifs au placement implique une stratégie d'amélioration des alternatives au placement en travaillant avec les familles, avec des stratégies probantes, évaluées et rigoureuses. Moins d'interventions en vertu de la LPJ permettrait non seulement de sortir des enfants du système de la protection de la jeunesse, mais également de réinvestir dans les soins et services de première ligne. Ce genre de transformation requiert une stratégie graduelle de transferts de crédits et de relocalisation des ressources. Elle exige également une planification rigoureuse des actions qui créeront le plus de valeur pour les jeunes et leurs familles, dans une perspective d'efficacité et de pertinence des interventions.

La question des rôles, responsabilités et ressources allouées touche également d'autres secteurs œuvrant dans le domaine de l'enfance, notamment les services psychosociaux généraux, la santé publique, le programme en déficience intellectuelle, l'autisme et la santé mentale.

1.2 Action gouvernementale et ministérielle

Plusieurs actions gouvernementales contribuent à agir sur les déterminants de la santé, soit les facteurs qui influencent l'état de santé et le bien-être de la population, associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements⁴⁴. Concrètement, des politiques publiques, des programmes et des stratégies concernent le revenu, l'éducation, l'emploi, l'insécurité alimentaire, l'accès au logement, l'aménagement du territoire, les réseaux de soutien sociaux, le soutien aux familles et à la petite enfance, les saines habitudes de vie ou encore l'accès aux soins de santé et de services sociaux. Ces sphères d'intervention représentent autant de leviers qui peuvent agir comme facteurs de protection pour les jeunes et les familles.

Par exemple, les plans de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, sous la gouverne du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, visent à soutenir la qualité de vie de plusieurs familles qui, sans ces mesures, se retrouveraient en situation de grande vulnérabilité. La politique familiale du Québec vise à soutenir les familles dans leur rôle parental et à faciliter la conciliation travail-famille, notamment en créant des conditions favorables à la parentalité et à l'exercice des responsabilités familiales. Ce sont pour le Québec des acquis importants dont il importe de documenter rigoureusement les effets.

Des orientations structurantes applicables au système de santé et de services sociaux fournissent une assise solide aux travaux en protection de l'enfance et sont étroitement interreliées avec la présente stratégie, notamment celles-ci :

- **LA STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION EN SANTÉ⁴⁵** prévoit des actions de prévention et de soutien au bien-être de la jeunesse. Celles-ci s'inscrivent dans une perspective de développement d'une société bienveillante pour ses enfants et d'intensification des efforts en prévention pour réduire le recours aux mécanismes d'intervention les plus intrusifs. Parmi les 19 ambitions de la stratégie nationale de prévention en santé, quatre sont particulièrement pertinentes pour la présente stratégie et méritent d'être soulignées :
 - Tous les parents ont les ressources et compétences requises pour appuyer le développement de leurs enfants.
 - Les enfants et les jeunes évoluent dans un contexte favorable à leur développement optimal.
 - Le niveau de bien-être est élevé pour toutes et tous.
 - Les personnes vivant en contexte de vulnérabilité disposent des moyens et des conditions pour répondre à leurs besoins de base.

- **LE PLAN D'ACTION EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE 2023-2028**⁴⁶ repose sur deux principes fondamentaux, soit la collaboration interdisciplinaire (y compris le volet intersectoriel) et le partenariat avec les familles. Il comprend quatre axes d'intervention :
 - **AXE 1 : Renforcer le pouvoir d'agir** : des actions qui concernent la population, principalement les familles, afin de les soutenir dans l'expérience de la périnatalité et de la parentalité.
 - **AXE 2 : Innover pour améliorer l'accès aux soins et services** : des actions qui visent l'optimisation de l'offre de soins et services à la population, par le développement de nouveaux services et l'amélioration de l'accès à ceux déjà en place.
 - **AXE 3 : Soutenir les professionnels et intervenants dans leurs interactions avec les familles** : des actions qui soutiennent les professionnels et les intervenants dans certains contextes où les interactions avec les familles nécessitent des habiletés particulières.
 - **AXE 4 : Développer des outils pour soutenir l'organisation des services** : des actions qui visent la mise en place d'indicateurs et l'optimisation des outils et des données permettant de s'assurer que les services offerts par le système de santé et le milieu communautaire répondent adéquatement aux besoins de la population.
- La **POLITIQUE GOUVERNEMENTALE SUR LES SOINS ET SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE** s'inscrit en cohérence avec la Stratégie nationale de prévention en santé et le cadre de référence Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité⁴⁷. Elle concourt à la volonté d'assurer une réponse optimale et adaptée aux besoins spécifiques de chaque personne par des services de première ligne, de manière à répondre aux besoins des personnes et à éviter de surcharger les services spécialisés. La planification et l'ajustement des soins et services doivent reposer sur une connaissance fine des besoins de la population, notamment par la proximité de la prise de décision avec les clientèles visées. La politique met en lumière la volonté d'agir de manière proactive pour offrir à toutes et à tous des soins et services accessibles, continus, globaux et coordonnés. Elle prévoit le développement d'une première ligne forte, ancrée dans les communautés et dans la perspective d'un meilleur partage de la responsabilité populationnelle.

Cette politique est essentielle pour la protection des enfants, pour sa vision d'assurer une réponse optimale non seulement par les services de première ligne, mais également par les orientations qu'elle fournit en matière d'organisation des soins et services. Par exemple, elle propose des orientations pour favoriser l'accès équitable pour tous et toutes ainsi que des actions plus intensives auprès des populations en contexte de vulnérabilité et de précarité. Elle propose aussi une lecture globale des situations et un partenariat avec les personnes, leurs proches et les communautés. Toujours à titre d'exemple, elle encourage la mobilisation du plein potentiel des intervenants et des professionnels. Toutes ces orientations résonnent parfaitement en protection de l'enfance et de la jeunesse.

1.3 Les constats de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021)

En 2021, la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ) avait le mandat « d'examiner les dispositifs de protection de la jeunesse, dans les différents réseaux d'intervention concernés, de manière à identifier les enjeux et obstacles et à formuler des recommandations sur les améliorations à apporter⁴⁸. » Cette commission a analysé, pendant presque trois ans, les rôles de différents organismes publics dans la protection de l'enfance. Plusieurs recommandations ont été formulées en lien avec différentes thématiques :

- le respect des droits et la participation des enfants;
- un virage vers la prévention et une meilleure collaboration intersectorielle;
- le rehaussement de l'intervention en protection de la jeunesse :
 - l'harmonisation des pratiques;
 - la stabilité et la permanence des enfants;
 - les milieux de vie jeunesse;
 - la transition à la vie adulte.
- l'intervention judiciaire adaptée;
- la réponse aux besoins de populations spécifiques :
 - les enfants et les familles des Premières Nations et Inuit;
 - les enfants des communautés ethnoculturelles;
 - les enfants d'expression anglaise;
 - les conflits familiaux et la violence conjugale.
- la valorisation et le soutien des intervenantes et intervenants;
- la gouvernance renouvelée des services à la jeunesse et les investissements financiers.

Au-delà des thématiques distinctes, qui font l'objet d'un suivi spécifique par le MSSS, la CSDEPJ propose quelques grandes idées qui doivent prioritairement être considérées pour corriger les écarts constatés.

1.3.1 Les droits des enfants

Le premier constat de la CSDEPJ confirme que les droits des enfants doivent être promus et respectés et que les enfants n'ont pas nécessairement accès aux recours disponibles; également que leurs voix ne sont pas entendues dans la société et que leurs opinions ne sont pas toujours prises en compte.

Quoiqu'une commissaire au bien-être et aux droits des enfants a été nommée par le gouvernement en 2025⁴⁹, il est crucial d'assurer une représentation juste des enfants à l'intérieur de la réorganisation en santé et services sociaux et dans la société.

Outre le droit à la participation, certains enjeux en lien avec les droits ont retenu l'attention de la CSDEPJ et font également l'objet d'une vigie spécifique de la part du MSSS, dont le recours aux mesures disciplinaires et aux mesures de contrôle pour les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA), dans une perspective de réduction de l'utilisation de celles-ci, compte tenu du risque important de victimisation secondaire des enfants qui y est associé. Cela dit, les enjeux de santé mentale et de santé physique méritent une attention soutenue, afin d'assurer des services adéquats aux enfants présentant un profil complexe, par exemple, des jeunes hébergés qui présentent des comportements d'automutilation, des troubles mentaux ainsi qu'un risque suicidaire élevé.

1.3.2 Le virage nécessaire vers des pratiques préventives et collaboratives

Selon la CSDEPJ, les services en prévention, qui sont peu coûteux, intersectoriels, et qui joignent un très grand nombre d'enfants et de parents, doivent être renforcés. Elle souligne également que la « première ligne forte » requise pour assurer l'aide adéquate aux jeunes et à leur famille, dans une perspective intégrée et collaborative, n'est que partiellement actualisée. Plusieurs recommandations visaient la consolidation des services de première ligne, que ce soit ceux offerts par les organismes communautaires ou ceux offerts par les réseaux publics, notamment la Santé et les Services sociaux, l'Éducation et la Famille.

1.3.3 Le caractère multifactoriel des problèmes

S'il y a une chose qui est totalement limpide dans les constats et les recommandations de la CSDEPJ, c'est que les problèmes observés n'appartiennent pas à un système seul, ni même à l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. D'une part, la CSDEPJ a documenté des problèmes structurels à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, attribuables majoritairement à la réforme de 2015. Ces problèmes sont en lien avec la gouvernance, le financement, les pratiques de gestion des ressources humaines, les installations matérielles, la mobilisation des connaissances, la recherche, l'implantation des approches cliniques, la formation de la main-d'œuvre et le suivi de la performance⁵⁰.

D'autre part, la CSDEPJ constate que si le Québec veut véritablement protéger ses enfants, des actions beaucoup plus concertées seront nécessaires de la part de l'ensemble des acteurs qui gravitent autour des enfants et des familles. La protection de l'enfance dépasse largement le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'effet du travail « en silo » était soulevé à maintes reprises devant la commission, ainsi que l'inefficacité collective à protéger les enfants, et ce, souvent malgré la présence d'une multitude d'acteurs dans la vie des familles. Plusieurs entraves à la collaboration intersectorielle, interprogrammes et interprofessionnelle sont constatées, limitant la portée des interventions pour répondre aux besoins des enfants et des parents⁵¹.

1.3.4 Le défi de recruter et de retenir une main-d'œuvre spécialisée

La CSDEPJ a mis en lumière une perte d'expertise en protection de la jeunesse. Un exode de travailleuses et de travailleurs spécialisés est constaté vers d'autres secteurs à l'intérieur des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Cette mobilité est particulièrement néfaste dans le domaine des services sociaux, où la relation thérapeutique de confiance doit s'établir entre l'humain qui offre les services et l'humain qui les reçoit. Les conditions nécessaires au recrutement, à l'orientation, à la formation et à la rétention de personnel spécialisé en protection de la jeunesse ne sont pas convenablement assurées⁵².

Au-delà du soutien à la pratique et des conditions de travail, une des caractéristiques qui soutient le mieux la diminution du roulement de personnel est la formation⁵³. Les intervenants et professionnels rapportent régulièrement ne pas être outillés pour faire face aux problèmes qu'ils rencontrent. De nouvelles orientations ministérielles pour l'accueil, l'orientation et l'intégration de nouveaux employés et employées sont publiées depuis juin 2025⁵⁴ et il faut maintenir les efforts pour l'implantation de celles-ci ainsi que pour la mise en œuvre de parcours d'apprentissages visant le nouveau personnel sur une période de 0-24 mois.

De plus, ces intervenants et professionnels sont plus susceptibles d'être exposés à de la violence physique et psychologique, et sont ainsi plus susceptibles de développer un traumatisme vicariant ou une fatigue de compassion. La sécurité physique et psychologique des intervenants et professionnels demeure des éléments incontournables pour améliorer la qualité des services.

1.3.5 Améliorer l'intervention en protection de la jeunesse

La CSDEPJ a relevé bon nombre de problèmes en lien avec les pratiques cliniques en protection de la jeunesse, tant chez les acteurs judiciaires que sociaux. Une série de recommandations touchaient les services afin d'assurer des pratiques à la fine pointe des connaissances et l'adaptation de celles-ci aux attentes et aux besoins des jeunes et des familles.

Selon la CSDEPJ, l'arrimage fluide qui existait autrefois entre les milieux de la recherche et les milieux de pratique a été considérablement affaibli, entravant ainsi la mobilisation des connaissances et l'innovation. Les instituts associés aux établissements, notamment l'Institut universitaire Jeune en difficulté (IUJD), le Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF) et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) poursuivent la recherche. Cependant, le secteur Jeunes en difficulté n'a pas retrouvé son équilibre à l'intérieur des structures intégrées. La stratégie actuelle s'attardera à la gouvernance clinique à restaurer afin d'atteindre, à nouveau, la vitesse de croisière requise.

1.3.6 La mesure de la performance

Pour les services sociaux, les notions de performance et de pertinence clinique doivent être définies et mesurées à partir de standards cliniques permettant aux cliniciennes et aux cliniciens d'exercer leur jugement professionnel, tout en mesurant l'efficacité des interventions, c'est-à-dire l'effet de celles-ci sur la sécurité, le développement et le bien-être des enfants, sur la base d'indicateurs cliniques, organisationnels et scientifiques.

La CSDEPJ a constaté des lacunes en ce qui concerne la définition de la performance, établie selon des standards quantitatifs qui ne tiennent pas compte de la pertinence des interventions du côté éthique, de la relation privilégiée qui doit s'installer entre l'intervenant et la famille et du temps nécessaire à la collaboration intersectorielle. La CSDEPJ a d'ailleurs émis une recommandation spécifique sur cette question⁵⁵, tout en formulant une série de recommandations pour revoir la charge de travail des intervenantes et intervenants et ainsi assurer des services de qualité⁵⁶. La commission insiste sur l'importance de la coconstruction, afin de permettre aux intervenantes et aux intervenants de proposer des suggestions pour améliorer la pratique. Ainsi, plutôt que de mesurer la performance de manière rigide, administrative et avec des indicateurs de performance qui ne tiennent pas compte de la spécificité du travail à accomplir, nous devons plutôt envisager des processus plus souples, davantage axés sur la relation clinique, la concertation et les besoins des enfants et des familles.

1.3.7 Sortir des automatismes et repenser la protection de l'enfance

La CSDEPJ a intitulé son rapport « Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes ». Elle a insisté sur l'importance de faire de la protection de l'enfance une priorité sociétale et de voir la protection comme un défi collectif. Le virage nécessaire vers des services de prévention et d'intervention doit se poursuivre et est directement lié aux orientations en santé publique : prévention universelle, réduction des inégalités sociales de santé, responsabilité collective, services coordonnés et concertés. Il s'inscrit également en cohérence avec le modèle écosystémique du référent ÉKIP (santé, bien-être et réussite éducative des jeunes)⁵⁷.

Le système de protection de la jeunesse du Québec se compare souvent favorablement aux systèmes à travers le monde, notamment lorsqu'il est question de stabilité des enfants. L'évaluation continue de la LPJ en fait foi⁵⁸. Il est important de reconnaître les avancées du Québec, tout en nous efforçant d'être toujours meilleurs.



2. FONDEMENTS

2.1 Vision

À partir des constats énoncés, nous formulons une vision de la protection de l'enfance qui, nécessairement, se veut beaucoup plus inclusive et mobilisatrice. C'est cette vision qui servira à guider l'action du MSSS, des DPJ, de Santé Québec et de ses établissements, mais également celle des partenaires et collaborateurs invités à participer à la protection et au bien-être des enfants.

2.1.1 Énoncé de vision :

Une société bienveillante et inclusive qui fait de la prévention et de la responsabilité collective le cœur de son action, qui favorise le bien-être, le développement et la protection des enfants et qui soutient, de façon coordonnée et concertée, les familles et les communautés qui les entourent.

L'énoncé de vision prévoit plusieurs concepts importants :

- Une société bienveillante mise sur la promotion de la santé et la **prévention**, ainsi que sur les services offerts aux familles, au sein même de leurs communautés. Cette notion souligne l'importance d'intervenir de manière préventive, dès les premières années de vie de l'enfant. De plus, elle indique que pour plusieurs situations, des services de première ligne et communautaires sont plus adaptés que des actions curatives ou judiciaires. La protection des enfants renvoie à un ensemble de stratégies visant à favoriser **leur bien-être, leur développement et leur protection**, mais également ceux de leur famille et de leur communauté.
- Une **société inclusive** souhaitant assurer la protection des enfants doit considérer les conditions de vie des personnes et viser à réduire les inégalités sociales de santé, l'exclusion sociale et la stigmatisation de personnes et de populations déjà vulnérables ou marginalisées. Elle doit viser l'inclusion de toute personne, sans distinction de sa race, son origine ethnique, sa langue, son sexe, sa religion, son handicap ou son orientation sexuelle.

- La notion de **responsabilité collective** vient rappeler que chacun doit faire sa part et que la protection des enfants ne relève pas uniquement du système sociojudiciaire de la protection de la jeunesse. Les parents doivent exercer leurs responsabilités parentales et doivent être soutenus en cas de difficulté. Les milieux de vie fréquentés par les enfants contribuent à la promotion de la santé, à la prévention, à l'identification de difficultés et à la référence vers les soins et services appropriés. Les établissements fournisseurs de soins et de services font également partie de la solution, ce qui ne dilue en rien la responsabilité des directrices et des directeurs de protection de la jeunesse en cas de maltraitance.
- Une société bienveillante et inclusive soutient la concertation interdisciplinaire et intersectorielle. De plus, des soins et des **services coordonnés et concertés** constituent un socle solide afin d'assurer la protection et le bien-être des enfants et de leur famille. La protection de l'enfance est alors large et comprend l'action de la famille élargie, des milieux communautaires, des services préventifs et de première ligne, des services dans les milieux de vie des enfants (services de garde éducatifs à l'enfance, écoles) et des services dans les communautés (municipalités, policiers, tribunaux, etc.). Tous les citoyens et citoyennes ont un rôle à jouer dans le maintien du bien-être des enfants. L'action concertée est nécessaire pour assurer un cercle social protecteur autour des jeunes et de leur famille.
- Finalement, la notion de **société bienveillante envers ses enfants** constitue la vision ultime en ce sens qu'elle prend appui sur l'ensemble des autres concepts de la vision en leur donnant une disposition d'esprit qui témoigne d'un désir altruiste de compréhension et de générosité envers les enfants. Il s'agit également d'une intégration de la vision de la CSDEPJ qui avait intitulé son rapport « Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes ».

2.2 Principes directeurs

Pour réaliser la vision mise de l'avant, les principes directeurs suivants guideront l'ensemble des actions et des décisions dans le cadre de la transformation de la protection de l'enfance :

- **L'intérêt de l'enfant et le respect de sa dignité et de ses droits** : Reconnaître l'enfant comme une personne à part entière, un sujet de droit, dont la dignité, la sécurité et le développement doivent être respectés en toutes circonstances. Cela inclut l'engagement à éliminer toute forme de violence envers les enfants, en cohérence avec les droits protégés par la Convention internationale des droits de l'enfant⁵⁹. Chaque enfant a droit à des soins attentionnés. Il doit pouvoir grandir à l'abri de toute forme d'abus ou de négligence et son intérêt doit guider toute décision.

- **Participation de l'enfant, de sa famille et des personnes significatives** : Placer l'enfant, ses parents et ses proches au cœur du processus décisionnel et s'inscrire dans une approche d'accompagnement qui est basée sur les forces de l'enfant, du parent et de leur réseau social, familial et communautaire. La parole de l'enfant doit être entendue et prise en compte selon son âge et sa maturité. De même, les parents, la famille élargie et les personnes significatives doivent être considérés et ils doivent participer activement dans la recherche de solutions. L'autodétermination et le pouvoir d'agir des familles sont visés et la co-construction des solutions est encouragée et facilitée, dans une approche de partenariat avec les intervenantes et intervenants.
- **Humanité et compassion** : L'humanité renvoie à la notion de bienveillance et de respect dans chaque interaction, c'est-à-dire que les familles qui sollicitent de l'aide ou qui font l'objet d'une intervention doivent toujours être traitées avec empathie, transparence et éthique⁶⁰.
- **Inclusion, égalité réelle et équité** : Garantir une réponse adaptée aux besoins de chaque enfant, en portant une attention particulière aux enfants et aux populations ayant moins de facilité à faire valoir leurs droits afin de tenir compte des inégalités préexistantes. L'égalité réelle est un concept de droit qui introduit le fait que certaines personnes ou certaines populations font face à des inégalités inhérentes à leur statut ou de nature systémique qui nécessitent des adaptations aux pratiques cliniques ou judiciaires pour atteindre l'état désiré. L'égalité réelle s'oppose à l'égalité formelle qui impliquerait un traitement identique pour toutes et tous. L'équité implique de corriger les obstacles qui font que certains enfants ou certaines communautés minoritaires reçoivent moins de services ou des services de moindre qualité. On vise une accessibilité géographique (services de proximité dans toutes les régions, y compris en milieu autochtone et nordique), financière (gratuité des services de prévention et de protection, soutien matériel aux familles défavorisées) et ethnoculturelle (services linguistiquement et culturellement adaptés) qui tient compte de l'individualité et qui favorise l'inclusion.
- **Pertinence, performance clinique et efficience** : S'engager à améliorer en continu la qualité des services offerts, en s'assurant qu'ils soient fondés sur les meilleures connaissances disponibles (données probantes, pratiques prometteuses ici et ailleurs) et qu'ils soient sécuritaires, efficaces et évalués régulièrement. Il importe de prendre en compte la performance clinique entourant l'atteinte du mieux-être des enfants. Des indicateurs de performance peuvent être quantitatifs, mais également qualitatifs. L'efficience suppose une bonne utilisation des ressources, une simplification des processus administratifs inutiles et un recentrage sur les actions qui génèrent un réel impact pour les enfants.

- **Sécurité culturelle et bien-être des enfants des Premières Nations et Inuit :**
Considérant que les PNI sont les mieux placées pour répondre aux besoins de leurs enfants de la manière la plus appropriée, ce principe vise à s'assurer que l'intervention auprès d'un enfant des PNI soit réalisée en tenant compte des circonstances et des caractéristiques de sa communauté ou d'un autre milieu dans lequel il vit. Ce principe vise non seulement à protéger le droit des enfants et des familles à l'égalité, mais également à favoriser la continuité culturelle.

2.3 Modèle intégré de la prévention et de la protection de l'enfance

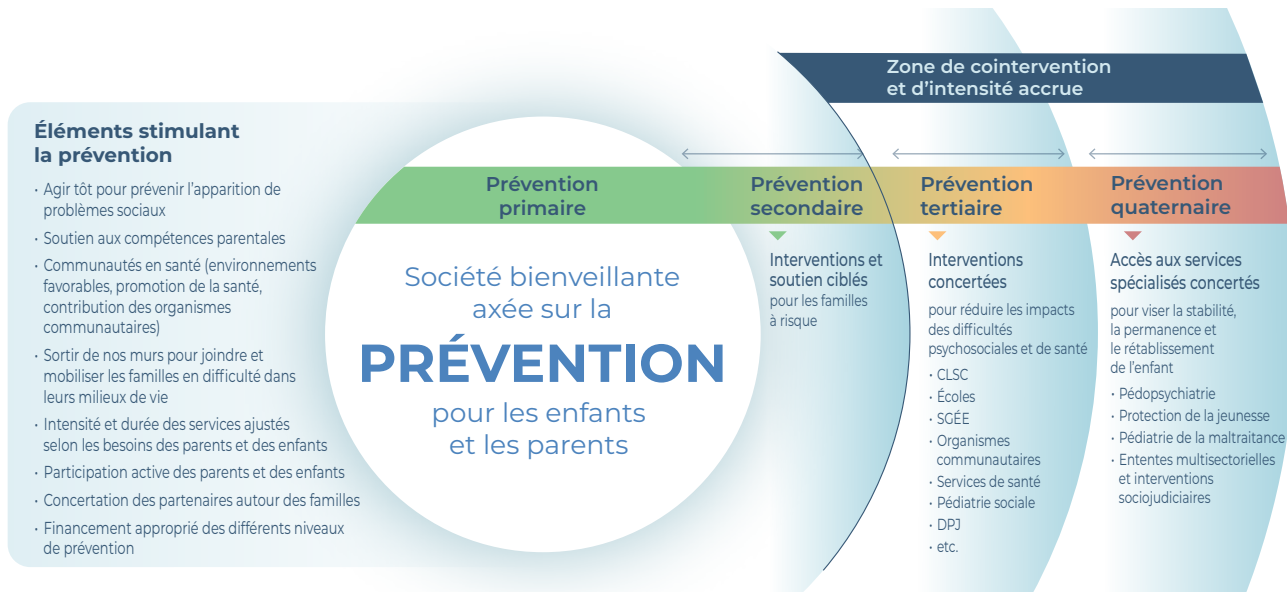
Aujourd'hui, trop d'enfants vivent de la maltraitance et ils arrivent aux services spécialisés beaucoup **trop tard** et avec une situation détériorée, alors que des signes de détresse étaient visibles et connus dans leurs milieux de vie. Les connaissances scientifiques, cliniques et économiques disponibles convergent pour dire que la meilleure façon de protéger les enfants est d'agir de façon concertée pour prévenir la maltraitance, le plus tôt possible dans la vie des enfants.

Nous mettons de l'avant un modèle qui **rééquilibre les efforts** :

- Plus d'actions le plus tôt possible pour promouvoir la bienveillance envers les enfants, en plus de prévenir et de réduire les risques associés à la maltraitance.
- Un filet de sécurité solide autour des enfants.
- Des interventions pour soutenir les parents et pour améliorer la relation parent-enfant, tout en agissant sur les conditions de vie des familles.
- Moins de recours aux interventions intrusives, sans compromettre la sécurité et le développement des enfants.
- Une intervention spécialisée rigoureuse et éthique pour les cas les plus graves.

2.3.1 Le modèle des cercles concentriques : une vision intégrée de la prévention

Figure 7 – Vision intégrée de la prévention et de la protection



Le [modèle des cercles concentriques](#) traduit une vision renouvelée de la protection de l'enfance, fondée sur la prévention, la solidarité communautaire et l'intensification des interventions, selon les besoins des enfants et des parents.

Il illustre un écosystème dynamique centré sur l'enfant et sa famille, où chaque cercle représente un niveau de prévention et d'intervention complémentaire, interrelié et fluide.

Ce modèle repose sur le principe d'universalisme proportionné : tous les enfants et toutes les familles ont droit à des services universels et de qualité, mais l'intensité du soutien offert varie selon la complexité des besoins et le niveau de risque observé.

Il repose également sur la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle pour répondre aux besoins des familles.

2.3.1.1 Le cœur du modèle : la société bienveillante



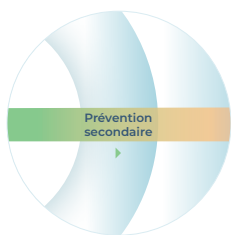
Au centre du modèle se trouve l'enfant, entouré de sa famille, de sa communauté et des milieux de vie qui composent le premier rempart de protection.

Ce cœur symbolise la société bienveillante, c'est-à-dire une société qui valorise le rôle des parents, favorise la participation citoyenne et agit collectivement pour soutenir les familles avant même qu'un problème ne survienne.

C'est ici que s'exercent les actions de **prévention primaire** et des interventions universelles et de proximité, telles que les services généraux des CLSC, les services de garde éducatifs à l'enfance, les écoles, les programmes de soutien parental, les services de santé, les pharmacies communautaires et les initiatives communautaires locales, notamment les organismes communautaires Famille ou en santé et services sociaux.

Ces services visent à renforcer le pouvoir d'agir des familles et à créer des environnements favorables au développement et au bien-être de tous les enfants et les jeunes.

2.3.1.2 Le premier cercle : la prévention secondaire et le soutien ciblé



Autour du cœur s'étend le premier cercle, qui regroupe les actions de **prévention secondaire**.

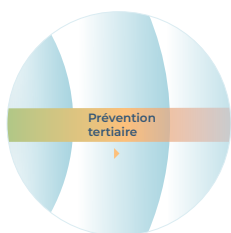
Elles s'adressent aux familles ou aux jeunes qui présentent certains facteurs de risque ou des vulnérabilités transitoires.

L'objectif est d'intervenir rapidement pour éviter la détérioration d'une situation et prévenir la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant.

Ces interventions incluent, par exemple, les SIPPE, les services de première ligne CLSC des programmes JED, les services liés à la santé mentale, la déficience intellectuelle, la déficience physique, l'autisme, la santé physique, la périnatalité et la pédiatrie sociale, les programmes pour améliorer les compétences parentales, les interventions en transition à la vie adulte, les programmes offerts par les organismes communautaires et les concertations locales entre la première ligne et les partenaires de la petite enfance, scolaires, communautaires ou municipaux.

Ces interventions permettent d'agir tôt, dans une logique de proximité, de confiance et de continuité.

2.3.1.3 Le deuxième cercle : la prévention tertiaire et la co-intervention



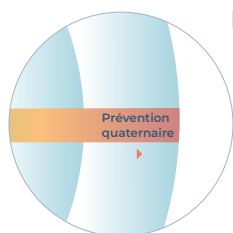
Le deuxième cercle représente la **prévention tertiaire**, qui s'applique lorsque des difficultés psychosociales sont rencontrées et nécessitent un accompagnement intensif et concerté pour réduire l'aggravation de celles-ci. Les interventions peuvent avoir pour objectif, par exemple, d'éviter le retrait d'un enfant, de limiter les effets liés à la maltraitance ou de viser une réintégration familiale pour un enfant retiré temporairement de son milieu familial.

C'est la zone de co-intervention, où plusieurs acteurs – première ligne, établissements spécialisés, organismes communautaires, DPJ, milieux scolaires, santé mentale, dépendance, déficience, etc. – travaillent ensemble pour stabiliser la situation d'un enfant ou d'une famille.

L'objectif est d'éviter l'escalade vers des mécanismes plus coercitifs (par exemple, le retrait long-terme d'un enfant, la rupture des liens parents-enfants ou la judiciarisation de leurs dossiers) et de favoriser des réponses intégrées et proportionnées, respectueuses des droits et de la dignité des personnes, tout en assurant la sécurité et le développement des enfants.

Cette approche reconnaît la valeur du lien thérapeutique, de la continuité du soutien et du travail interdisciplinaire et intersectoriel pour assurer la protection de l'enfant, et elle vise à maintenir l'enfant dans son milieu naturel, autant que possible.

2.3.1.4 Le troisième cercle : la prévention quaternaire et les interventions spécialisées



Enfin, le cercle périphérique correspond à la **prévention quaternaire**, qui vise à recentrer les efforts sur les besoins réels de protection et de rétablissement, tout en offrant une vie normale aux enfants et en évitant leur stigmatisation.

On y retrouve des services spécialisés ou ultraspecialisés, notamment les services sociojudiciaires de protection de la jeunesse, de pédopsychiatrie et de pédiatrie, de la maltraitance ainsi que les ententes multisectorielles pour les enfants victimes d'infractions criminelles. Certains enfants pourront retourner vers d'autres niveaux de services tandis que d'autres bénéficieront d'interventions long-terme.

Ce niveau d'intervention exige une coordination étroite de tous les partenaires afin d'assurer la cohérence et l'efficacité des actions et doit viser à stabiliser l'enfant et à assurer son rétablissement. Les interventions ont pour seul objectif de servir l'intérêt de l'enfant.

2.3.2 Un changement de paradigme

Ce que ce modèle change :

- Moins de réactivité et plus de proactivité : davantage de soutien précoce et en amont d'interventions plus coercitives.
- Une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle accrue, fondée sur la concertation et sur la responsabilité partagée.
- Une mobilisation optimale des ressources spécialisées : par exemple, la DPJ et la pédopsychiatrie interviennent au bon moment, pour les bonnes raisons.
- Un langage commun et une vision partagée, appuyés sur une logique de réponse graduée et proportionnée.

Ce modèle, évolutif, adaptatif et basé sur les données probantes, s'ajuste aux besoins des familles et aux réalités régionales, tout en restant fidèle à l'intention initiale : agir précocement, ensemble et autrement.



3. ENGAGEMENTS

3.1 Orientation 1 :

Les familles reçoivent des services préventifs et de première ligne, coordonnés et accessibles, au cœur même de leurs milieux de vie

Dans une société qui mise sur la prévention et l'intervention précoce, à moins que la sécurité immédiate d'un enfant ne soit compromise, une famille confrontée à la pauvreté, la négligence, des problèmes de santé mentale ou de dépendance des parents, des troubles de comportement des enfants, des conflits intrafamiliaux, etc., devrait d'abord être jointe et aidée par le CLSC. Concrètement, cela signifie que les services doivent être prioritairement offerts dans les différents milieux de vie et joindre la famille là où elle est. L'intensité et la durée des interventions doivent être en adéquation avec les besoins des familles. Dans le cas d'un signalement, les partenaires présents dans la vie des familles doivent être mis à contribution afin de renforcer leur action et pour qu'ils demeurent impliqués.

Pour assurer le développement et le bien-être des enfants, des politiques, des programmes et des services préventifs s'appliquent à tous les enfants. Certains services préventifs visent alors à promouvoir la bienveillance envers les enfants tandis que d'autres services de prévention plus ciblés permettent, par exemple, de circonscrire et de limiter les conséquences de la maltraitance sur les enfants. Les parents bénéficient de soutien et de services non seulement pour accroître leurs capacités parentales, mais également pour favoriser leur bien-être et leur équilibre. Des services sont alors offerts à tous les parents, tandis qu'une attention particulière est portée aux familles en contexte de vulnérabilité.

Prôner une culture de prévention implique d'agir en amont sur les déterminants de la santé pour la santé et le bien-être de tous les enfants, tout en intervenant de façon plus intensive pour assurer une réponse adaptée aux besoins des enfants ayant de plus grands besoins, ou à ceux des familles qui présentent davantage de facteurs de risque. Il y a une gradation dans les activités de prévention, visant, par exemple, à :

- mettre de l'avant des actions de promotion de la santé dans les milieux de vie des familles, comme les services de garde, les écoles, les organismes communautaires;
- agir en prévention pour soutenir le développement des enfants et favoriser leur bien-être, en réduisant les facteurs de risque et en augmentant les facteurs de protection;
- détecter précocement des problèmes psychosociaux, neurodéveloppementaux et de maltraitance;



- renforcer l'autonomie des familles en situation de vulnérabilité en encourageant l'offre de services qui soutiennent leur capacité d'agir et leur participation sociale;
- limiter les effets des problèmes psychosociaux et de maltraitance et prévenir leur aggravation;
- promouvoir une utilisation judicieuse des services spécialisés et de la pharmacothérapie, ou un recours approprié au système judiciaire⁶¹.

L'ensemble des programmes-services en santé et services sociaux gravitant autour des familles (Jeunes en difficulté, Autisme et déficience intellectuelle, Déficience physique, Santé mentale, Dépendances, Santé physique) doivent contribuer aux activités de promotion de la santé et du bien-être et des actions préventives et de première ligne, de concert avec un ensemble de partenaires communautaires et intersectoriels.

Il est généralement reconnu qu'agir précocement permet de réduire l'apparition de difficultés plus marquées pour les familles à risque. La plupart des modèles scientifiques, cliniques et économiques soutiennent l'idée que l'intervention précoce dans la vie des enfants, notamment avant l'âge de 5 ans, est la plus efficace sur le plan de la prévention et permet d'éviter des trajectoires de vie plus difficiles à l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte⁶². La CSDEPJ a recommandé le déploiement d'un programme de soutien parental qui se module aux besoins de tous les parents⁶³, en portant une attention particulière aux populations vivant en contexte de vulnérabilité.

La présomption de la compétence des parents est également un principe fort sur lequel s'appuyer, afin de prendre appui sur les forces des personnes et de leur réseau social et familial, et non seulement d'intervenir sur leurs limitations ou déficits. Cette présomption de compétence s'applique également aux jeunes parents, qu'ils soient jeunes adultes ou mineurs, tout en tenant compte de leurs réalités particulières.

Il est essentiel de travailler sur les obstacles qui contribuent à l'hésitation de certaines familles vulnérables à recourir aux soins et services existants : absence de moyens de transport, horaires inadaptés, problèmes de langue ou méfiance envers les services publics. Ces obstacles peuvent faire en sorte que ceux qui ont le plus besoin des services sont en réalité ceux qui y ont le moins accès, un paradoxe qui permet difficilement de conjuguer les efforts et les besoins pour assurer l'efficacité des services publics.

En effet, plusieurs partenaires doivent être mis à contribution dans cette offre de service globale aux enfants et aux parents. Une coordination des actions enfants-parents-communautés est importante. L'arrimage et la concertation entre les organismes doivent permettre de réduire les risques pour les enfants.

3.1.1 Tenir compte des inégalités sociales de santé et chercher à les réduire

Les inégalités sociales de santé touchent tous les groupes d'âge et se définissent par une différence, souvent marquée, de santé et de bien-être des personnes liées à leur revenu ou à leur statut socioéconomique⁶⁴. L'EQDEM reconnaît que la défavorisation matérielle et sociale est un des facteurs de risque prédicteurs de vulnérabilités psychosociales et développementales⁶⁵. Ces inégalités de santé peuvent apparaître très tôt dans la vie des enfants. Améliorer les conditions de vie des familles, notamment en ce qui concerne le logement, l'alimentation, le transport, ou encore le soutien social, aide à réduire les risques de problèmes sociaux et de santé. La pauvreté peut mener à l'exclusion, à la stigmatisation et à la discrimination⁶⁶. Les conditions de vie difficiles auxquelles font face les familles augmentent le risque de violence et de maltraitance envers les enfants.

L'ÉIQ permet de broser un portrait des enfants évalués à la DPJ et de leurs parents. Les deux tiers des premières figures parentales des enfants présentent au moins une difficulté de fonctionnement. Ces familles vivent souvent dans des conditions d'adversité⁶⁷ :

- Alcoolisme ou toxicomanie (21 %);
- Problèmes de santé mentale (25 %);
- Problèmes de santé physique (9 %);
- Manque de soutien social (35 %);
- Antécédents de mauvais traitements dans leur enfance (36 %);
- Victime de violence conjugale (26 %);
- Auteur de violence conjugale (12 %);
- A déjà vécu en famille d'accueil ou dans un foyer de groupe (9 %).

D'autres facteurs de risque peuvent contribuer à la vulnérabilité de certaines familles, dont le jeune âge maternel lors de la première grossesse et un réseau de soutien restreint ou même nocif pour la jeune mère. La moitié des enfants évalués par le DPJ vivent dans une famille monoparentale⁶⁸.

L'accumulation des facteurs de stress parental entrave le développement de relations parent-enfant saines et peut même conduire à des comportements hostiles ou à des pratiques parentales inconsistantes ou néfastes pour l'enfant. Au moins 2 à 3 problèmes sérieux sont observés par famille (problèmes financiers [39 %], séparation conjugale [33 %], problèmes de consommation [30 %], manque de soutien social [27 %], violence conjugale [25 %])⁶⁹.

Afin d'agir sur les inégalités, l'intervention devra également aborder le lien parent-enfant pour améliorer les perspectives développementales des enfants⁷⁰. L'intervention doit viser et mobiliser prioritairement les parents et les enfants.

Les intervenants et professionnels de l'ensemble du programme Jeunes en difficulté doivent être mieux outillés pour comprendre comment la pauvreté a une incidence sur les pratiques parentales, afin de ne pas perpétuer les inégalités en ayant recours trop rapidement à la LPJ, ce qui pourrait avoir comme effet de judiciariser la situation de personnes en contexte de pauvreté. Les intervenantes et intervenants requièrent du soutien, du temps et de la formation continue afin d'intervenir de façon à réduire ces inégalités.

3.1.2 Assurer l'accessibilité des soins et services de première ligne

L'accessibilité aux services est influencée par plusieurs facteurs et résulte d'une interaction entre les besoins de la population et l'offre des réseaux publics. Plus les parents et les jeunes ont la capacité de reconnaître leurs besoins, de trouver et de comprendre l'information, de joindre les services et de s'impliquer dans ceux-ci, plus ils auront un accès facilité aux services. Inversement, moins ils reconnaissent leurs besoins, plus ils sont méfiants et moins ils savent comment accéder aux services, plus les réseaux publics auront besoin de développer des stratégies pour joindre ces personnes en contexte de vulnérabilité⁷¹.

Il est nécessaire de considérer plusieurs éléments facilitant ou entravant l'accessibilité, par exemple, l'adaptation des services aux normes culturelles et linguistiques, l'intervention dans les milieux de vie plutôt qu'à l'intérieur des murs des institutions publiques, l'offre de services abordables et fournis de façon à accroître l'adhésion des personnes concernées (approche d'accompagnement, humanisme, accueil, etc.)⁷².

Esposito et coll. ont démontré une corrélation importante entre la pauvreté et la probabilité d'être signalé et pris en charge pour motif de négligence. La probabilité augmente dans les territoires à faible densité de population d'enfants. L'étude révèle également que la présence des soins et services de première ligne semble réduire la probabilité d'être signalé et pris en charge⁷³. Pour les familles et les enfants faisant face à des conditions de vie précaires et à un cumul de difficultés d'ordre psychosocial et développemental, les services doivent être non seulement adaptés, mais offerts avec l'intensité et la durée nécessaires.

3.1.3 Favoriser l'interdisciplinarité et la concertation intersectorielle

Les besoins des enfants et des jeunes requièrent souvent l'intervention de plusieurs types d'intervenants et de professionnels et secteurs d'activités, à l'intérieur du RSSS (programmes Jeunes en difficulté, Santé mentale et dépendance, Déficience intellectuelle et autisme, Déficience physique, Santé physique, etc.) et de la part d'autres réseaux (milieux scolaires, services de garde, municipalités, etc.) et de partenaires intersectoriels (Logement, Emploi et Solidarité sociale, Sécurité publique, etc.). De plus, les organismes communautaires jouent un rôle central pour soutenir les

familles et les jeunes en contexte de vulnérabilité, partout sur le territoire québécois. Les organismes sont variés et détiennent de grandes expertises dans divers domaines. Ils sont complémentaires aux services du réseau public.

Cette diversification d'expertises est nécessaire, notamment dans des situations plus complexes requérant un meilleur éclairage sur les différents aspects d'une situation. Elle permet une meilleure organisation des services afin de répondre aux besoins de l'enfant, du jeune et de sa famille. Cependant, elle constitue un défi dans la coordination des pratiques professionnelles, car le travail collaboratif, intersectoriel et interdisciplinaire appelle à des pratiques intégrées pour résoudre des problèmes complexes ou pour trouver de nouvelles solutions permettant de répondre aux besoins. D'ailleurs, la CSDEPJ nous indique que « la façon actuelle d'organiser et d'offrir les services publics semble souvent entraver le travail de collaboration des intervenantes et crée des obstacles ». Elle propose donc de « briser les silos afin que les services soient davantage organisés en fonction des besoins des enfants et des familles⁷⁴. » La littérature scientifique appuie la notion d'une intervenante ou d'un intervenant pivot, stable, pouvant intervenir pour l'enfant et la famille et servir de lien entre la famille et les différents services⁷⁵.

Cette collaboration implique que des intervenants, professionnels et médecins, provenant d'horizons et de milieux différents, prennent le temps nécessaire pour se forger une vision de la situation afin de permettre une trajectoire de soins et services et des résultats optimaux pour chaque jeune, individuellement. En ce sens, la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle implique que les intervenants et les professionnels connaissent les champs de pratique de leurs collègues et les respectent. Elle suppose que ceux-ci transmettent l'information, qu'ils se concertent et qu'ils fassent participer les jeunes et leurs parents dans l'identification de la réponse ou du type de soutien le plus approprié à leurs besoins. Elle suppose également des ententes et des engagements clairs des acteurs visés par cette coordination ou concertation, y compris les organismes communautaires.

Le Québec peut s'appuyer sur des initiatives porteuses telles que l'Initiative concertée d'intervention pour le développement de jeunes enfants⁷⁶, le programme Ma Famille, Ma Communauté⁷⁷ et des initiatives telles qu'Agir Ensemble⁷⁸ et Diapason⁷⁹, pour intensifier la concertation intersectorielle autour des enfants, des jeunes et des parents.

Des arrimages accrus sont requis lors du signalement d'un enfant, d'une évaluation ou d'une prise en charge à la protection de la jeunesse par les acteurs des programmes en santé mentale, notamment la pédopsychiatrie, la dépendance, le réseau de la déficience intellectuelle et de l'autisme, les services pour jeunes en difficulté, mais également les écoles, les services de garde éducatifs à l'enfance, la police et une multitude d'autres acteurs. De la même façon, la protection de la jeunesse doit soutenir les actions des autres programmes et celles des intervenantes et intervenants dans le cas de situations comportant un risque pour la sécurité et le développement des enfants.

Plus les familles sont entourées dans leurs communautés, plus la collectivité installe un filet de protection autour de ses enfants, mieux on gère le risque de façon collective, moins le recours à l'intervention sociojudiciaire sera nécessaire pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille ou pour infléchir des trajectoires de maltraitance.

3.2 Orientation 2 :

Les jeunes et les parents en contexte de vulnérabilité se font offrir de l'aide, sont valorisés et leur participation active est soutenue

Que les familles soient suivies dans leur communauté, par le CLSC ou par la DPJ, ou tout autre prestataire de services, la pierre angulaire de toute intervention efficace demeure la relation d'aide, notamment pour les familles en contexte de vulnérabilité. La notion de temps est la base incontournable à la réussite d'une relation de confiance positive, tout comme la transparence, l'ouverture et l'écoute, entre autres pour vaincre la méfiance et pour installer la collaboration.

Lors de la consultation nationale en protection de la jeunesse du printemps 2025, les parents ont insisté sur l'importance pour eux de faire équipe avec les intervenants et les professionnels, de se sentir appuyés par eux et de se voir offrir des services, non seulement pour leur enfant, mais également pour eux-mêmes, comme personnes et comme parents⁸⁰.

3.2.1 Appuyer l'action des organismes communautaires pour faciliter la participation

Plusieurs parents ont vécu eux-mêmes de la maltraitance ou des conditions de vie adverses. Compte tenu de ces expériences souvent traumatiques, et de la méfiance qui en résulte, il faut parfois redoubler d'efforts pour les joindre, tout en adaptant les approches d'intervention à leurs besoins afin de réduire les obstacles à leur participation. Les parents ont besoin d'être soutenus et accompagnés en lien avec leurs pratiques parentales, mais également de recevoir les services dont ils ont besoin pour surmonter plusieurs difficultés, car ils vivent parfois de l'exclusion et de la marginalisation. De plus, il faut surmonter la méfiance que certains ont développée envers les institutions, en offrant des approches axées sur l'accueil et l'empathie.

Les organismes communautaires jouent un rôle prépondérant dans l'intervention auprès des familles en difficulté et offrent, le plus souvent, des services plus accueillants pour les parents comparativement aux réseaux publics. Les organismes s'adaptent à la réalité des familles, en alliant un soutien concret, de l'entraide et des services spécifiques, selon la nature de leur mission. Ils travaillent avec une présomption de compétence des parents, dans une perspective de favoriser leur participation et leur inclusion. D'ailleurs, la CSDEPJ a reçu de nombreux témoignages de parents en lien avec le bien-être que les organismes leur procurent⁸¹.

Les organismes détiennent une très grande expertise dans de multiples domaines, notamment en périnatalité et en petite enfance, en violence conjugale, en santé mentale, en dépendance-itinérance, etc. Ils offrent une grande diversité de services dans le domaine de la famille et de la jeunesse dans le but d'assurer une saine transition à la vie adulte.

3.2.2 Tenir compte des traumatismes intergénérationnels et éviter la victimisation secondaire

Pour offrir une réponse adaptée aux parents aux prises avec des difficultés importantes, il est important de s'attarder aux effets à long terme de la maltraitance, en considérant les besoins des parents qui en ont été, eux-mêmes, victimes durant leur propre enfance. Or, les traumatismes et souffrances de ces derniers ont un lien étroit avec la manière dont les parents interagissent avec leurs enfants⁸².

Dans une perspective de prévention, la variable qui est la plus importante pour l'enfant est l'expérience qu'il vit avec son parent sur une base quotidienne, dans le cadre de la relation. Un déficit dans la qualité du lien d'attachement entre l'enfant et son parent demeure un des éléments explicatifs majeurs des problèmes d'interactions et relationnels à la base de la maltraitance⁸³. En fait, de nombreux théoriciens ont qualifié la maltraitance comme étant une sorte de dysfonction des premiers liens parent-enfant dans de nombreux cas⁸⁴. La maltraitance à laquelle les parents ont été exposés peut faire partie des éléments analysés pour repérer des risques et intensifier les services, mais jamais pour qualifier le risque, ou encore comprendre le développement. Ces connaissances scientifiques doivent se refléter dans les pratiques actuelles.

Les enfants exposés à des conditions de vie adverses et à la maltraitance sont également plus susceptibles de présenter des difficultés en lien avec leur développement ou de présenter des troubles du comportement internalisés ou externalisés⁸⁵. Les approches sensibles au trauma permettent de mieux intervenir auprès des enfants, notamment ceux qui sont retirés de leur milieu familial à la suite d'une intervention du DPJ. Ces approches sont en implantation dans plusieurs centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) du Québec, mais mériteraient d'être déployées de façon plus systématique et d'être étendues à tous les intervenants et intervenantes œuvrant auprès de la clientèle jeunesse vulnérable.

L'exposition à la violence conjugale est un motif de signalement en progression au Québec, notamment depuis les modifications législatives de 2022. Quoiqu'un guide de pratique clinique : repérage et analyse de situations d'enfants exposés à la violence conjugale⁸⁶ ait été développé et soit en cours d'implantation, des efforts doivent se poursuivre pour bien détecter non seulement la violence conjugale, notamment en contexte post-séparation, mais également le contrôle coercitif, dans le but de soutenir et de protéger les victimes et de responsabiliser le parent auteur de la violence.

Le tableau suivant est tiré du Rapport québécois sur la violence et la santé et montre les différents effets à court et à long terme de la maltraitance⁸⁷ :

	Court terme (enfance)	Long terme (adolescence et âge adulte)
Socioaffectif	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles internalisés (ex. : faible estime de soi, isolement, anxiété, dépression) • État de stress post-traumatique 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Faibles habiletés sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Antipathie • Troubles de l'humeur
	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés dans la reconnaissance et la compréhension des émotions • Troubles externalisés (ex. : agressivité, conduite antisociale/délinquante, impulsivité, hyperactivité) 	
Comportemental		<ul style="list-style-type: none"> • Abus de substances (ex. : drogues, alcool) • Comportements sexuels à risque/ Infections transmises sexuellement (ITS)
Cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de langage (ex. : retard de langage, prononciation difficile) • Déficits au niveau des fonctions cognitives (ex. : apprentissage, attention, mémoire, fonctions exécutives, fonctions visuo-spatiales, résolution de problèmes, raisonnement abstrait) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés scolaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Décrochage scolaire
Neurobiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Dérèglement des systèmes biologiques de réponse au stress 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Altération de la maturation du cerveau 	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnérabilité au développement de maladies psychiatriques
Physique	<ul style="list-style-type: none"> • Blessures physiques et retards développementaux • Troubles alimentaires (ex. : obésité, boulimie, retard de croissance) • Maladies pulmonaires chroniques (ex. : asthme) • Maladies cardiovasculaires (ex. : cardiopathies ischémiques) • Syndrome du côlon irritable 	

En protection de la jeunesse, les intervenants et les professionnels doivent porter une attention particulière afin de ne pas causer de la victimisation secondaire, c'est-à-dire que l'offre de services occasionne chez la personne une seconde victimisation. Parfois, les interventions auprès d'un enfant ou d'un parent victime de maltraitance peuvent lui porter préjudice et provoquer des souffrances qui s'ajoutent malheureusement aux traumatismes que ces personnes portent déjà en elles. Toute intervention doit viser à ne pas causer de tort supplémentaire à des personnes déjà fragilisées⁸⁸.

3.2.3 Moduler l'intensité et la durée des interventions en contexte de négligence

La négligence (y compris le risque sérieux de négligence) constitue, à elle seule, la moitié des prises en charge par la DPJ. La négligence peut prendre plusieurs formes (physique, affective, psychologique, éducative, etc.), allant du risque jusqu'à des formes de négligence modérées à sévères. Cette forme de maltraitance constitue un enjeu de santé publique à cause de sa prévalence et de l'incidence sur le développement des enfants⁸⁹.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a produit un avis en 2023 sur les caractéristiques d'une organisation de services efficaces pour soutenir les familles en situation de négligence. Cet avis appuie à son tour l'importance de la mobilisation intersectorielle, les interventions de proximité, l'approche écosystémique et participative ainsi que le soutien clinique et organisationnel des intervenantes et intervenants. L'INESSS suggère également que les normes ministérielles de proximité JED tiennent compte de la complexité et de la chronicité des problématiques afin d'ajuster la durée et l'intensité de l'intervention en conséquence⁹⁰.

Le MSSS a déjà consenti des sommes importantes à la consolidation des programmes d'intervention en négligence (PIN) au Québec et a commandé un portrait de leur implantation. Les résultats permettent de constater que des efforts soutenus sont toujours requis pour adapter les services aux besoins des familles en situation de précarité et faire en sorte que les bonnes pratiques soient appliquées de façon égale, partout au Québec⁹¹.

Le système de protection de la jeunesse doit s'occuper de négligence qui contribue à ce que l'enfant soit en besoin de protection urgente ou qui génère un risque élevé pour sa sécurité et son développement.

Une analyse des facteurs de protection et des risques est requise. Les services de première ligne devraient normalement permettre aux familles, aux prises avec des risques de négligence faibles ou modérés, de recevoir des services adaptés à leurs besoins, avec l'intensité nécessaire, dans leurs communautés. Il s'agit d'un changement de paradigme en lien avec notre façon d'interpréter le concept de protection, car depuis des décennies il y a une rupture entre « besoin de services » et « besoin de protection », tandis que la vision mise de l'avant dans ce document est celle où la protection de l'enfance appartient à toute une société et où le recours à la LPJ doit demeurer tout à fait exceptionnel.

Les situations de ces familles sont complexes et multifactorielles. Dans certaines situations, des interventions intégrées entre la première ligne et la protection de la jeunesse pourraient être requises. La CSDEPJ a recommandé que le PIN soit offert aux parents lors d'un signalement pour motif de négligence, sur référence du DPJ, ainsi que durant et après une intervention du DPJ⁹². Le MSSS et Santé Québec sont à préciser la trajectoire de services en négligence et à s'assurer que les bonnes pratiques reconnues soient mises en œuvre, dans une perspective de collaboration intra et intersectorielle. De plus, des normes ministérielles sont en cours d'élaboration pour les services de première ligne du programme JED et tiendront compte de ces éléments.

3.3 Orientation 3 :

Les enfants font l'objet d'une intervention de la protection de la jeunesse lorsque requis et leurs parents reçoivent l'aide nécessaire pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité et le développement de leur enfant

La protection de la jeunesse constitue, avant tout, une fonction d'autorité exercée par l'État dans la vie privée des citoyennes et des citoyens. Il s'agit ici de services largement involontaires qui sont strictement encadrés par une loi à portée restreinte et exceptionnelle, exigeant une très grande rigueur dans les processus cliniques. L'intervention sociale en protection de la jeunesse doit viser, en premier lieu, la protection, le bien-être et l'intérêt de l'enfant et s'ancrer dans les approches consensuelles et partenariales, afin d'éviter, lorsque possible, le recours aux processus judiciaires.

Les délais judiciaires sont préoccupants, car ceux-ci ont une incidence sur la mise en place de services pour les familles et peuvent retarder le début d'un travail significatif avec elles pour éliminer le motif de compromission de la sécurité ou le développement de leur enfant. Un plan national sur les délais judiciaires, coporté par plusieurs acteurs (par exemple, les directrices et directeurs de la protection de la jeunesse, leur contentieux, la Cour du Québec, la Commission des services juridiques, le Barreau du Québec, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice, et maintenant, Santé Québec) vise à permettre l'identification de solutions porteuses⁹³.

Au-delà des délais, les jeunes et leurs parents peinent à se retrouver dans le système de justice qui repose souvent sur des approches ancrées dans le débat contradictoire plutôt que sur la négociation d'ententes acceptables pour toutes les parties. Ils dénoncent également la lourdeur et le caractère conflictuel du processus judiciaire. Des modes de règlement plus collaboratifs comme la médiation familiale ou les conférences de règlement à l'amiable pourraient être privilégiés.

3.3.1 Appliquer la LPJ avec rigueur, éthique et humanisme

La protection de la jeunesse doit recourir à des outils cliniques et à des programmes cliniques prenant appui sur les pratiques probantes en fonction des problématiques signalées. Ce travail est complexe et requiert un très grand soin, compte tenu du rôle d'autorité qui incombe aux intervenants et aux professionnels, de la restriction de certains droits et des effets potentiels des décisions sur les enfants et leurs parents. Ces interventions nécessitent des connaissances spécifiques et spécialisées. Il est essentiel que le personnel soit formé de façon adéquate, d'autant plus que les activités exercées dans le cadre de l'application de la LPJ ne sont pas toutes encadrées par des ordres professionnels. La formation continue en éthique est nécessaire, tout comme des connaissances sur les droits des enfants et des parents.

Une grande responsabilité incombe à chaque intervenant et professionnel autorisé par le DPJ. Les décisions sociojudiciaires prises en protection de la jeunesse changent le cours d'une vie pour un enfant et pour un parent. Une tension existe souvent entre le besoin de protection de l'enfant et de ses autres droits. Des tensions existent également entre les limites et les forces des figures parentales par rapport aux besoins développementaux et le temps de l'enfant.

L'intervention en protection de la jeunesse se déroule dans un contexte d'incertitude et impose une gestion de risque importante et délicate (risque de préjudice pour l'enfant, probabilité de récurrence, etc.). Il ne faut ni exposer les enfants à trop de risque pour leur sécurité, ni essayer d'éliminer tout risque au détriment de leur développement et de leur bien-être. Une analyse rigoureuse de l'intérêt de l'enfant est requise.

Plusieurs parents déplorent le rapport de pouvoir auquel ils peuvent faire face lors de la prise en charge de leur situation par le directeur de la protection de la jeunesse⁹⁴. Parmi les principales préoccupations des parents :

- La perception que les intervenantes et intervenants ne font pas toujours preuve de la neutralité et de la rigueur nécessaires, manquent de formation et d'expérience, accordent plus d'attention aux défis qu'aux forces et ne tiennent pas compte des efforts du parent pour corriger la situation.
- La discontinuité dans le suivi, en raison des multiples changements d'intervenants et de professionnels.
- Le manque d'informations, le sentiment de ne pas comprendre les décisions prises et de se faire imposer des mesures sans pouvoir participer.
- Le système judiciaire, imposant et complexe à naviguer.
- Les lésions de droits ou la perception de lésions.
- Les évaluations perçues comme erronées (par exemple, pour évaluer la violence conjugale ou pour décider de la poursuite ou de la suspension de visites supervisées) et l'incapacité de corriger ces informations dans les rapports ou notes évolutives.
- Les enjeux importants liés à l'accès aux services, souvent de la part d'autres réseaux ou programmes (par exemple, en lien avec la santé mentale).
- Le prolongement indu de l'intervention du DPJ dans leurs vies.

Les jeunes ont souvent le sentiment de ne pas avoir été consultés pour les décisions importantes qui ont changé le cours de leurs vies et d'avoir ressenti beaucoup d'impuissance. Plusieurs jeunes, notamment ceux hébergés en CRJDA, racontent des trajectoires ponctuées par de l'instabilité et avoir eu beaucoup de difficultés dans leur transition à la vie adulte à l'atteinte de leur majorité.

Les enjeux de la transition à la vie adulte dépassent l'encadrement légal de la LPJ, tandis que plusieurs jeunes atteignent leur majorité dans des situations de précarité, avec un risque effarant d'instabilité résidentielle menant à l'itinérance, et requièrent des services adaptés⁹⁵. À cet égard, la Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, le Conseil national des défenseurs des jeunes pris en charge et Mélanie Doucet ont élaboré un modèle d'évaluation de normes équitables pour les jeunes sortant des services, déclinant les besoins autour de huit piliers⁹⁶ : finances, éducation et développement professionnel, logement, relations, culture et spiritualité, santé et bien-être, plaidoyer et droits et développement émergent à l'âge adulte. Ce modèle vise à évaluer et à soutenir le développement des politiques publiques au Canada pour ces jeunes et peut servir d'inspiration.

La perception et le vécu des jeunes et des parents sont extrêmement importants. Malgré un contexte d'intervention largement involontaire, il est essentiel de pratiquer des approches empathiques et mobilisantes, axées sur les forces et les facteurs de protection des familles. L'outil le plus puissant dans le coffre à outils de tout intervenant et intervenante demeure la compassion et l'empathie. La détresse humaine requiert une réponse sociale plutôt que judiciaire.

3.3.2 Appuyer l'exercice des responsabilités parentales pour protéger les enfants

En vertu du Code civil, les parents ont des droits et des obligations envers leurs enfants. Les parents sont les premiers responsables de leurs enfants et exercent ensemble leurs responsabilités.

Le seul fait que la situation de leur enfant est signalée au DPJ peut créer de la confusion, de la peur et de la colère chez les parents. Parfois, l'état de déséquilibre créé par le signalement incite des parents à amorcer un changement. Dans le cadre de l'intervention en vertu de la LPJ, il faut toujours considérer le vécu des familles et les obstacles auxquels elles sont confrontées. Les intervenants et les professionnels jouent alors un rôle important dans la mobilisation des parents réfractaires ou méfiants afin de solliciter leur collaboration, de les aider dans l'exercice de leurs responsabilités et de les inciter à se tourner vers des services d'aide.

Il ne faut jamais sous-estimer l'effet, parfois grave et durable, de la maltraitance sur le développement des enfants⁹⁷. Les enfants ont le droit à la protection contre la violence, l'abandon et la négligence et le droit aux soins nécessaires à leur bien-être, à la vie, à la survie, au développement et à l'éducation⁹⁸.

Parfois, le DPJ, ainsi que les intervenants et les professionnels qu'il autorise, doit prendre des décisions difficiles afin de privilégier les droits et l'intérêt de l'enfant, et de mettre fin à la maltraitance qu'il subit, surtout dans des situations extrêmes d'abus ou de négligence graves envers l'enfant. La mobilisation de la famille peut s'avérer difficile, malgré les efforts consentis, et la fonction première de l'intervenante ou de l'intervenant est d'abord et avant tout de protéger l'enfant. Lorsque la sécurité et le développement des enfants sont compromis, les parents doivent participer

activement à l'application des mesures pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant et pour éviter qu'elle ne se reproduise⁹⁹. Pour ce faire, ils auront besoin de développer un lien de confiance avec les intervenants et les professionnels, de pouvoir nommer leurs besoins et leurs difficultés sans crainte de perdre leurs enfants, d'avoir des informations claires et transparentes afin de soutenir leur participation et de créer un espace facilitant celle-ci. Afin de résorber la situation, les parents auront souvent besoin d'aide pour développer leurs compétences parentales et être accompagnés vers des services d'aide, afin de soutenir adéquatement, à leur tour, le développement de leurs enfants.

Les approches utilisées en protection de la jeunesse, au-delà de la surveillance et du contrôle, doivent d'abord et avant tout viser à offrir **aide, conseil et assistance** à la famille : la reconnaissance des forces et des facteurs de protection identifiés conjointement avec le parent ainsi que le renforcement de ses compétences. Les forces sont centrales à l'analyse du concept de protection et dans la prise de décisions. Les besoins de la famille doivent être considérés dans leur globalité. Les stratégies doivent viser à aider les parents à prendre connaissance de l'incidence de leurs comportements ou de leurs difficultés sur le bien-être de l'enfant et elles doivent également favoriser l'adoption de comportements permettant de répondre aux besoins de l'enfant. Pour cela, les interventions doivent souvent chercher à obtenir l'aide requise pour aider le parent comme personne.

3.3.3 Offrir l'intensité et la célérité nécessaires à chaque situation et tenter de réduire le recours au placement

La LPJ est claire : « L'enfant et ses parents ont le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité, de façon personnalisée et avec l'intensité requise, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement qui dispense ces services ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose¹⁰⁰. »

Le système de santé et de services sociaux doit alors relever le défi d'une intensification de l'offre de services en amont d'un placement, afin de s'assurer que l'enfant, le jeune et sa famille peuvent accéder aux ressources appropriées en temps opportun. Enfin, lors de consultations récentes, les parents ont insisté sur l'importance d'avoir accès à plus de services afin d'éviter des placements¹⁰¹.

De la même façon, une intensification des services est requise lors du retour d'un enfant vers son milieu familial, tandis que plus de 50 % des enfants retournés dans leurs milieux familiaux connaissent un nouveau placement, souvent dans l'année qui suit. Ces résultats contestent l'intensité de service qu'on arrive à offrir aux familles lors du retour d'un enfant à la maison, afin d'éviter des bris de réunification et d'améliorer la permanence des enfants.

Il faut également relever le défi d'un fort recours aux services spécialisés afin d'assurer une réponse rapide, et même immédiate, lorsque cela est requis, dans des situations de maltraitance. Quoique les signalements en P1 (immédiat) et en P2 (48 heures) sont majoritairement pris en charge dans les délais et que les délais d'attente à l'évaluation sont en baisse en 2025-2026, les parcours de services en application des mesures sont parfois discontinus.

Certaines régions présentent des difficultés supérieures en ce qui concerne les délais d'attente et l'engorgement de leur offre de services. Ces établissements territoriaux requièrent des stratégies plus spécifiques afin d'offrir des services adéquats à la population.

Les délais, les listes d'attente, le phénomène des portes tournantes et l'engorgement des CRJDA entraînent des conséquences sur le personnel de la protection de la jeunesse. Ils accentuent la pression sur les intervenantes et intervenants et contribuent au roulement de personnel ainsi qu'à la dévalorisation de la pratique en protection de la jeunesse, ce qui crée un cercle vicieux puisqu'il est de plus en plus difficile de mobiliser les ressources appropriées au profit des services aux jeunes en difficulté, alors que la demande est très forte.

3.4 Orientation 4 :

Les enfants vivent de la stabilité et chaque enfant peut s'épanouir et développer tout son potentiel

La visée principale de la loi sur la protection de la jeunesse est d'assurer que l'intérêt de l'enfant soit protégé en premier lieu et en tout temps. La LPJ en fait sa considération principale¹⁰². Parallèlement, toute décision prise en vertu de la LPJ doit viser la continuité des soins, la stabilité des liens de l'enfant, ainsi que des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge¹⁰³. Il est également important de considérer les éléments qui permettraient de mettre fin à la situation de compromission afin que les enfants et les jeunes sortent du giron de la protection de la jeunesse et reprennent un cours de vie normal. Selon cette définition, permanence et normalité doivent être considérées de façon concomitante.

3.4.1 Favoriser les projets de vie offrant le plus de stabilité et de permanence aux enfants

Quoique la stabilité des enfants se soit considérablement améliorée depuis la mise en œuvre de la LPJ et continue toujours d'évoluer positivement¹⁰⁴, la permanence, c'est-à-dire avoir un projet de vie stable, demeure un défi. Le projet de vie privilégié des enfants est le maintien dans leur milieu familial. Pour l'actualiser, tel que mentionné précédemment, il faut que les parents reçoivent des services avec l'intensité et la durée nécessaires, selon une approche qui s'appuie sur leurs forces et celles de leur réseau social et familial. Lors d'un placement et d'un retour dans le milieu familial, des services doivent être offerts pour éviter des bris de réunification.

À la protection de la jeunesse, les deux tiers des enfants pris en charge sont suivis dans leur milieu familial (46 %) ou confiés à un tiers significatif, tel qu'un grand-parent, une tante ou un oncle (20 %)¹⁰⁵. Ce constat constitue en soi un élément très positif, permettant de penser que des efforts soutenus sont consentis à la préservation des liens familiaux. En même temps, il importe d'évaluer la permanence des enfants confiés. À part le maintien dans le milieu familial, les projets de vie de l'adoption et de la tutelle sont ceux qui offrent le plus de stabilité et de permanence aux enfants, et qui leur permettent de se libérer du giron de la protection de la jeunesse. Or, ce sont les moins souvent utilisés chez les enfants âgés de 2 ans ou plus^{106,107}. Les milieux de vie des enfants, notamment lorsque les enfants sont retirés de leur milieu familial, doivent leur offrir une vie « normale » pour leur âge.

Le projet de vie « placement à majorité » est toujours utilisé de façon importante, tandis qu'il offre moins de stabilité aux enfants, alors qu'entre 13 % et 35 % des enfants (selon l'âge) sont ultérieurement déplacés de milieu substitut¹⁰⁸. Un travail soutenu sera requis afin de cibler les causes, mais des hypothèses devront faire l'objet d'analyses supplémentaires.

3.4.2 Favoriser le recrutement de familles d'accueil et des liens permettant de renforcer le partenariat

Une pénurie de familles d'accueil est observée dans la plupart des régions du Québec pour héberger les enfants pour qui des ordonnances sont prononcées par le tribunal. 15 ans après l'entrée en vigueur de la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant* (LRR), il est nécessaire de dégager des pistes d'amélioration, dans une perspective d'améliorer la satisfaction des ressources et ultimement la qualité des services aux enfants.

Les placements des enfants avec des personnes significatives ou une famille élargie sont en hausse, mais ne se soldent pas par une tutelle ou une adoption qui garantirait la permanence des liens souhaitée pour les enfants, notamment à l'atteinte de leur majorité. Il serait souhaitable d'augmenter la proportion de ces placements qui évoluent vers un statut de permanence afin de sécuriser définitivement les liens de ces enfants.

Le cadre de référence en application de la LRR n'ayant pas été implanté de façon harmonisée à travers le Québec, des disparités sont constatées, et certaines régions semblent avoir plus de facilité que d'autres dans les relations avec les familles d'accueil, notamment en lien avec le soutien et la formation qui leur sont offerts. Ces partenaires sont essentiels pour le bien-être des enfants et des efforts doivent être consentis pour améliorer le partenariat et leurs conditions d'exercice.

3.4.3 Moderniser les services de réadaptation psychosociale

Les CRJDA du Québec sont fortement sollicités depuis longtemps. Il faut travailler à réduire la mixité des clientèles, une tendance observée depuis les dernières années, et à réduire le recours au CRJDA lorsque d'autres solutions sont envisageables.

Un nombre élevé d'enfants présentant une déficience physique ou une déficience intellectuelle et d'enfants autistes est présent en CRJDA. Il a été démontré par le MSSS que 60 % d'entre eux ont des besoins qui ne peuvent pas être comblés par ce type de milieu et doivent être relocalisés, car la mixité de ces jeunes rend difficiles les interventions adaptées dans un contexte d'intervention de groupe. Cette situation a une incidence sur leur fonctionnement, tandis que ces enfants requièrent des services spécialisés. Des modèles alternatifs d'hébergement peuvent mieux répondre à leurs besoins, par exemple des unités spécialisées distinctes ou des ressources intermédiaires adaptées.

Les centres de réadaptation ne peuvent pas constituer en soi un projet de vie pour les enfants pris en charge en vertu de la LPJ. Aucun enfant ne devrait y vivre au long cours, et tout séjour dans un CRJDA doit viser à offrir des services de réadaptation psychosociale au jeune qui en a besoin, pour la période appropriée, mais dans une perspective de réintégration dans un milieu de vie permanent. En sus du caractère temporaire de cette offre de service, notre vision à terme tient compte du fait qu'aucun enfant de moins de 12 ans ne devrait se retrouver à l'intérieur de milieux institutionnels. L'offre de service clinique en CRJDA doit être révisée pour tenir compte de ces nouvelles orientations.

Les milieux physiques en CRJDA constituent un défi très important, les installations dans plusieurs régions présentant une vétusté modérée ou importante. Le MSSS et Santé Québec doivent séquencer les travaux, à l'intérieur des enveloppes disponibles. Il faut également réfléchir à la diversification des types d'hébergement, le souhait étant d'avoir des milieux d'hébergement plus « normalisants », c'est-à-dire ancrés dans la communauté, tout en permettant aux jeunes hébergés de vivre le plus « normalement » possible durant leur séjour. En ce sens, dans le développement d'un enfant, le sport, les activités physiques et créatives et les arts sont non seulement mobilisants pour les jeunes, mais ils favorisent aussi leur développement moteur et psychologique.

L'offre de service de la réadaptation doit inclure, dès l'admission, une participation accrue des parents et des personnes significatives pour les jeunes ainsi que des services avant le placement, dans une perspective de prévention de celui-ci, mais aussi durant l'hébergement et lors du retour du jeune dans son milieu familial ou sa famille d'accueil.

Un des facteurs entravant un retour en milieu familial ou en famille d'accueil est le profil comportemental de certains jeunes placés en CRJDA, une partie importante d'entre eux présentant des troubles de santé mentale associés à des troubles graves du comportement. Plusieurs jeunes présentent de façon concomitante des troubles de l'attachement ou des traumatismes complexes. Comme il a été mentionné précédemment, l'approche sensible aux traumatismes s'avère cruciale dans ces cas et les approches cliniques doivent être revues en ce sens, pour favoriser l'apaisement de ces jeunes et réduire les mesures contraignantes¹⁰⁹. De meilleurs arrimages sont nécessaires avec d'autres fournisseurs de services (par exemple, les services spécialisés en santé mentale) afin de mieux répondre aux besoins complexes de ces jeunes, dans une perspective de services intégrés.

3.5 Orientation 5 :

Les enfants et les familles reçoivent des services qui tiennent compte de leur identité, leur diversité, leur langue et leurs droits

Les approches en santé et en services sociaux doivent s'adapter à la diversité et aux défis vécus par les personnes et les populations composant cette diversité pour s'inscrire dans un contexte exempt de discrimination.

3.5.1 Offrir des services adaptés et respectueux de la diversité culturelle

Les familles membres des communautés ethnoculturelles, ou issues de l'immigration peuvent présenter des particularités liées à leur statut, à leurs spécificités culturelles, à un parcours migratoire particulier, à des traumatismes liés à l'immigration ou à des enjeux d'accès aux services compte tenu de leur niveau de maîtrise de la langue ou de leur connaissance des valeurs québécoises. Parfois, certains parents ont développé, dans leur pays d'origine, des pratiques parentales et des méthodes éducatives différentes de celles du Québec, et leurs enfants font l'objet de signalements, notamment par le milieu scolaire. Toutes ces situations demandent une intervention délicate qui doit tenir compte du contexte culturel particulier et des besoins de ces familles.

Cette stratégie a révélé plus tôt que certaines minorités visibles ou ethniques sont surreprésentées dans le système de protection de la jeunesse, notamment les enfants issus des communautés noires. La concentration géographique et ethnoculturelle dans certains secteurs met en lumière des inégalités sociales considérables où les phénomènes de pauvreté ou d'insécurité alimentaire sont plus importants que dans les quartiers ayant une plus forte mixité. Ces conditions de vie plus difficiles, basées sur les déterminants socioéconomiques, doivent être considérées.

Cette stratégie vise à travailler de concert avec les communautés ethnoculturelles pour améliorer l'accès aux services pour les enfants et les parents, tout en assurant des services culturellement sécurisants et adaptés à leurs réalités.

3.5.2 Favoriser l'accès aux services dans leur langue pour les enfants et les familles d'expression anglaise

La LGSSSS confère à toute personne d'expression anglaise, le droit de recevoir des services dans sa langue¹⁰. Pourtant, selon le rapport de la CSDEPJ, les difficultés d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise persistent dans l'ensemble des régions du Québec. En plus de mettre en lumière la précarité économique et sociale à laquelle font face plusieurs familles d'expression anglaise, le rapport souligne des enjeux concernant les délais de prise en charge,

la pénurie de main-d'œuvre anglophone et la difficulté de recruter du personnel bilingue dans certaines régions. Dans cette perspective, l'intervention en matière de protection de la jeunesse auprès des personnes d'expression anglaise doit nécessairement faire partie d'une stratégie globale, y compris :

- un meilleur accès à des services préventifs en langue anglaise dans toutes les régions du Québec, en cohérence avec les droits des personnes d'expression anglaise;
- une offre de services de proximité adaptée aux réalités territoriales des personnes d'expression anglaise;
- des services de réadaptation et de protection de la jeunesse en adéquation avec les besoins des personnes d'expression anglaise.

3.5.3 Adapter les interventions de façon à reconnaître la diversité, l'identité et l'exercice des droits

L'adaptation des services est nécessaire dans tous les secteurs d'activités destinés à la jeunesse, afin de tenir compte de la diversité de la jeunesse québécoise. En 2021, au Québec, 10 155 personnes âgées de 15 à 34 ans s'identifiaient comme transgenres ou non-binaires, comparativement à 6 070 personnes âgées de 35 ans et plus¹¹¹. Cette proportion plus élevée chez les jeunes souligne l'importance d'adapter l'offre de services de santé et de services sociaux à la réalité des personnes issues de la diversité de genre. L'approche, ainsi que les soins et services, doit répondre à leurs besoins spécifiques, notamment en matière de respect, de bienveillance, de reconnaissance de l'identité de genre et d'environnement sécurisant.

Cette question est d'autant plus importante que l'identité de genre est souvent formée très jeune et qu'à l'adolescence, les jeunes sont en quête de leur identité¹¹².

Les enfants et les jeunes sont des sujets de droits. Plusieurs droits sont enchâssés dans différentes lois du Québec, dont la LPJ, qui reconnaît dans son préambule la Convention relative aux droits de l'enfant¹¹³ à laquelle le Québec s'est déclaré lié¹¹⁴. Plusieurs jeunes rencontrés dans le cadre de différentes consultations, notamment celle du printemps 2025, mentionnent qu'ils ne connaissent pas leurs droits, alors ils ont beaucoup de difficulté à les exercer. Les jeunes rencontrés ont également l'impression que les intervenantes et intervenants ignorent les droits des jeunes et souhaitent que ceux-ci soient connus et respectés¹¹⁵.

Cette question est fondamentale à l'exercice de la citoyenneté et devra faire l'objet d'un examen sérieux afin de garantir aux enfants la connaissance, la reconnaissance et le respect de leurs droits dans toute question qui les concerne. Un des droits fondamentaux concerne la participation et le MSSS compte œuvrer avec des jeunes en vue d'accroître ce droit fondamental, qui fera l'objet d'orientations claires et de devoirs.

3.6 Orientation 6 :

Les enfants et les familles des Premières Nations et des Inuit ont accès à des services sécurisants. Les collaborations soutiennent l'exercice d'une autonomie des communautés en matière de services à l'enfance et à la famille

Au Québec, 10 Premières Nations occupent le territoire, soit 41 communautés :

- Abénakis (Abénaquis)
- Anishnabeg (Algonquins)
- Atikamekw
- Eeyou (Cris)
- Wendat
- Innu
- Wolastiqiyik (Malécites)
- Mi'gmaq
- Kanien'kehà :ka (Mohawks)
- Naskapi

Les Inuit forment une onzième nation autochtone au Québec. Ils occupent les 14 communautés du Nunavik, un vaste territoire dans la région du Nord-du-Québec.

Cette pluralité exige de la souplesse et de l'adaptation, afin de nous inscrire en partenariat avec les instances de gouverne des Premières Nations et Inuit, selon leurs priorités et besoins.

Dans les dernières années, plusieurs commissions d'enquête canadienne ou québécoise ont recommandé aux gouvernements de revoir leurs modalités de collaboration et/ou la législation en matière de services à l'enfance et à la famille chez les PNI. C'est le cas notamment de la Commission royale sur les peuples autochtones¹¹⁶, de la Commission de vérité et réconciliation du Canada en 2015¹¹⁷, de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées en 2019¹¹⁸, de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (Commission Viens)¹¹⁹ en 2019 et de la CSDEPJ en 2021. Ces nombreuses commissions sont unanimes : il faut passer à l'action pour les enfants et les familles des PNI.

Pour mieux répondre aux enjeux propres aux PNI, pour tenir compte de leurs réalités culturelles, linguistiques et sociales et pour leur assurer un accès équitable et sans discrimination aux soins de santé et aux services sociaux, le Parlement du Québec a adopté la *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*¹²⁰. Ainsi, considérant que des inégalités subsistent et que l'accès demeure limité à certains services adaptés aux enfants des PNI¹²¹, le Québec est en démarche vers des améliorations durables fondées sur les déterminants sociaux de la santé tels que définis par les PNI.

L'adoption de la *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis* (LEJFPNIM) en 2019, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020, vient considérablement changer le paysage. Cette loi reconnaît aux autorités des Premières Nations, Inuit et Métis la possibilité de légiférer en matière de services à l'enfance et à la famille. La loi édicte aussi des principes applicables à la fourniture de ces services, notamment l'intérêt de l'enfant, la priorité aux soins préventifs, la continuité culturelle et l'égalité réelle¹²². Ce changement est important puisqu'une autorité autochtone reconnue pourrait disposer de sa propre loi en matière de prévention et de protection de la jeunesse.

Plusieurs dispositions touchant les Autochtones ont été ajoutées lors des modifications de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) en 2022 et l'ensemble des articles relatifs aux Autochtones ont été regroupés en un chapitre distinct. De nouveaux articles de loi visent notamment l'adaptation des dispositions de la LPJ aux Autochtones, en tenant compte des facteurs historiques, sociaux et culturels qui leur sont propres. Les dispositions les plus structurantes sont entrées en vigueur en avril 2025 (comme la formation de conseils de famille). En outre, des outils cliniques ont été développés notamment afin d'améliorer l'application des différents articles de la LPJ, comme par exemple, l'intérêt de l'enfant des PNI dans la prestation des services de la protection de la jeunesse.

3.6.1 Promouvoir des collaborations respectueuses des droits des Premières Nations et Inuit

Les PNI jouissent de droits ancestraux ou issus de traités¹²³. Ils ont également des droits enchâssés dans la législation provinciale et fédérale, dont plusieurs sont récents dans le domaine de la protection de l'enfance.

Avec l'introduction de normes minimales par la LEJFPNIM et les dispositions portant sur des dispositions particulières aux Autochtones de la LPJ, les enfants, les familles et les communautés ont maintenant des droits mieux adaptés en matière de services à l'enfance et à la famille, dont les services de protection de la jeunesse. La LEJFPNIM permet également aux autorités autochtones reconnues en vertu de la LEJFPNIM d'adopter des textes législatifs et, à certaines conditions, d'acquiescer force de loi fédérale pour prendre en charge les services à l'enfance et à la famille destinés à leurs membres. Cette cohabitation entre les régimes autochtones et québécois nécessitera une gestion de changement importante concernant les pratiques, notamment dans l'identification et le repérage des enfants reconnus comme membres d'une communauté PNI ainsi que dans la coordination avec les services que le Québec pourrait continuer d'offrir. De plus, la conclusion d'accords de coordination et l'entrée en vigueur de textes législatifs autochtones commanderont une agilité et une gestion du changement spécifique à chaque situation.

La LPJ prévoit également la possibilité d'une délégation de pouvoirs et de responsabilités à une communauté ou à un regroupement de communautés par le biais d'ententes bipartites. Ces ententes existent depuis de nombreuses années; plusieurs communautés offrent des services variés à leurs membres, particulièrement sur communauté. De plus, la LPJ prévoit la possibilité d'établir un régime

particulier de protection de la jeunesse pour les PNI (nation, communauté, société désignée par la Loi, regroupement autochtone, etc.) qui permettra aux PNI de moduler les modalités de la LPJ selon leurs réalités. C'est le cas notamment du Système d'intervention d'autorité atikamekw.

Les prochaines années seront déterminantes pour s'assurer de bien comprendre ce changement en respect des droits des enfants, des familles et des communautés des PNI. Les PNI sont les mieux placées pour déterminer les besoins et les priorités en matière de services à l'enfance et à la famille et adopter les mesures appropriées pour y répondre. En ce sens, la directrice nationale de la protection de la jeunesse s'engage à s'impliquer activement dans toute négociation d'accord de coordination ou d'entente découlant de la législation en vigueur, selon les choix et le rythme des communautés.

3.6.2 Adapter les approches et les services aux réalités spécifiques des Premières Nations et Inuit

L'amélioration de l'accès aux services préventifs de première ligne pour les familles des PNI est nécessaire pour favoriser la santé et le mieux-être de celles-ci. Les enfants et les familles des PNI vivent souvent des inégalités sociales, combinées à des traumatismes intergénérationnels. Des études corroborent la surreprésentation des enfants des PNI dans le système de la protection de la jeunesse, à toutes les étapes d'intervention. Le principal motif de compromission est celui de négligence et plus particulièrement, le risque sérieux de négligence¹²⁴. Différentes hypothèses sont émises pour expliquer cette disparité avec les enfants allochtones, aussi sera-t-il important de soutenir la documentation des causes de la surreprésentation et d'identifier les leviers sur lesquels le Québec et les services préventifs de première ligne des communautés peuvent agir en priorité pour améliorer le bien-être des enfants des PNI.

La formation des intervenantes et des intervenants (actuels et en devenir) au sujet de l'histoire, de la culture, des réalités propres aux Premières Nations et Inuit est un élément essentiel afin de fournir des services de qualité et respectueux des cultures et des réalités propres à celles-ci.

L'intervention en protection de la jeunesse chez les PNI doit impérativement s'inscrire dans une stratégie plus large qui prévoit notamment :

- l'amélioration des conditions socioéconomiques des familles des PNI;
- une compréhension de « l'intérêt de l'enfant autochtone » au sens de la LPJ et de la LEJFPNIM;
- la mise en œuvre des principes enchâssés dans le chapitre de la LPJ portant sur les autochtones, ainsi que des normes minimales de la LEJFPNIM;
- la reconnaissance des compétences et expertises des PNI dans l'ensemble des réseaux de partenaires et la valorisation des connaissances et perspectives des PNI;

- la révision de l'offre de services sous la lentille des PNI, dans une approche culturellement sécuritaire où les intervenantes et intervenants sont formés à la réalité des Premières Nations et au trauma intergénérationnel;
- des efforts soutenus afin de favoriser l'accès aux services dans leur langue pour les enfants et les familles des PNI;
- la mise en place de méthodes d'intervention propres aux PNI, qui favorisent la sécurité culturelle, l'approche holistique et qui respectent l'ensemble des particularités de ces peuples.

Malgré les changements des dernières années en ce qui concerne notamment l'adaptation des services aux communautés des Premières Nations et Inuit, nous sommes conscients que la réconciliation prend du temps et que nous devons nous inscrire dans un processus égalitaire et continu, dans une démarche de coconstruction avec les communautés des Premières Nations et Inuit.



4. MODALITÉS DE DÉPLOIEMENT

Une transformation importante requiert certaines conditions de mise en œuvre et doit s'appuyer sur des piliers qui permettront d'envisager un changement durable. La présente section résume les modalités de déploiement nécessaires à la mise en place de cette stratégie.

4.1 PILIER 1 : Des pratiques concertées et intégrées qui accompagnent et engagent activement les familles vivant en contexte de vulnérabilité

L'importance des pratiques collaboratives, interdisciplinaires et intersectorielles a été démontrée à maintes reprises, mais l'actualisation de celles-ci demeure un défi. La stratégie actuelle devra encourager des modèles de concertation qui permettront de mettre en place un véritable filet de protection autour des enfants et de leur famille ainsi que des modèles de services intégrés et de prise de décision collective. Dans plusieurs situations, la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle, allant même jusqu'à la co-intervention, serait à préconiser. Certains partenaires sont incontournables, compte tenu de leur importance dans la vie des enfants, dont les services de garde éducatifs à l'enfance, les milieux scolaires et les services psychosociaux pour les jeunes en difficulté offerts dans les CLSC. Les services de santé mentale doivent être des partenaires de première instance, en raison de l'importance des facteurs étudiés en lien avec l'émergence de problèmes de santé mentale chez les jeunes, mais aussi parce que les enjeux de santé mentale constituent une part importante des difficultés vécues par les parents.

Des stratégies soutenues devront être mises de l'avant par la première ligne afin d'intervenir auprès des familles en contexte de vulnérabilité et de leur fournir des services adaptés. De plus, les directrices et directeurs de la protection de la jeunesse devront accompagner les familles vers les services et amorcer des rencontres intersectorielles et interdisciplinaires lorsque cela est nécessaire, afin de s'assurer que, au-delà de la simple référence, les familles accèdent aux services requis en fonction de leur situation. Il ne faut pas sous-estimer le défi de la mobilisation de familles méfiantes, aux prises avec des traumatismes intergénérationnels. La responsabilité de les joindre et de les fidéliser demeure un défi collectif.

4.2 PILIER 2 : Un renforcement de la promotion de la santé, de la prévention et des services de première ligne afin d'intervenir de manière précoce et efficace

Nous avons détaillé dans la stratégie l'importance de miser sur un ensemble diversifié d'actions de services en promotion de la santé, de prévention et de services de première ligne. Quoique le Québec soit un chef de file en ce qui concerne ses initiatives pour accroître le bien-être et la santé de la population, force est de constater qu'en protection de l'enfance, nous avons un défi de transformation majeure, tandis que la grande partie des ressources financières est consacrée aux services spécialisés, qui font face à leur tour à des besoins criants et à des situations très détériorées, sans les leviers nécessaires pour aider les familles autrement. Ce défi de transformation doit comporter une stratégie spécifique pour équilibrer les budgets destinés aux différentes activités communautaires et institutionnelles.

Si on prend seulement le programme-services Jeunes en difficulté, le budget des dépenses lié à ce programme a connu une croissance de 104 % en dix ans, de 2015-2016 à 2025-2026¹²⁵. Depuis 2020-2021, il a bondi de 50 %.

La **Figure 8** illustre la croissance des dépenses liées au programme JED :

Figure 8 – Cadre financier – Jeunes en difficulté

(En M\$ et en pourcentage)

Année financière	Budget (M\$)	Variation (M\$)	Variation (%)
2015-2016	1 164,9	---	---
2016-2017	1 184,6	19,7	1,7 %
2017-2018	1 234,1	49,5	4,2 %
2018-2019	1 321,1	87,0	7,1 %
2019-2020	1 366,7	45,6	3,5 %
2020-2021	1 584,1	217,4	15,9 %
2021-2022	1 714,5	130,4	8,2 %
2022-2023	1 880,1	165,6	9,6 %
2023-2024	1 985,2	105,2	5,6 %
2024-2025	2 209,3	224,0	11,3 %
2025-2026	2 376,5	167,2	7,6 %
Croissance 2015-2025		1 211,6	104 %

Source : Budget de dépenses – Crédits et dépenses des portefeuilles, Programme 2 – Services dispensés à la population : Jeunes en difficulté.

Pour réaliser cette stratégie, il sera important de considérer la transformation nécessaire vers des services moins coûteux et à valeur ajoutée pour la population, afin d'accroître la capacité des ressources de la communauté à soutenir les enfants et leurs familles.

Le Québec a déjà des modèles inspirants sur lesquels s'appuyer. Les modèles à préconiser devront faire l'objet d'une évaluation.

4.3 PILIER 3 : L'amélioration constante des pratiques cliniques et de gestion

Cette stratégie se fonde sur une quête d'amélioration des pratiques cliniques et de gestion, afin d'assurer des services qui s'appuient sur les pratiques de pointe et qui répondent aux besoins des enfants et de leur famille. Avec la refonte de la gouvernance en cours en santé et services sociaux, nous avons une occasion de revoir nos façons de faire, tout en nous appuyant sur les expertises en présence. Nous cherchons, grâce à cette stratégie, à collectiviser les forces vives de notre réseau pour améliorer l'efficacité des services en protection de l'enfance. Pour ce faire, nous souhaitons nous inscrire dans une démarche réflexive et continue, de concert avec les producteurs de connaissances. Le Québec est chanceux de compter sur des chercheurs renommés dans le domaine de l'enfance, tant en ce qui concerne les pratiques préventives que la protection de la jeunesse. La présente stratégie vise à renforcer le sens de l'intervention en matière de protection de l'enfance, en mettant l'accent sur l'accompagnement des familles pour leur permettre de répondre aux besoins de leurs enfants. Elle prévoit également l'amélioration des pratiques spécialisées et de gestion. De la même façon, la stratégie vise à améliorer les pratiques cliniques auprès des jeunes hébergés.

4.4 PILIER 4 : Des milieux de vie sécurisants qui placent le bien-être des enfants et des jeunes au cœur de leurs priorités

Lorsque les enfants doivent être retirés de leur milieu familial, l'environnement qui les accueille doit être humain et chaleureux, en plus de répondre à leurs besoins. Quoique cette affirmation soit évidente, le Québec fait face à des défis de taille. Un manque important de familles d'accueil est observé, dans toutes les régions du Québec. Cette stratégie doit tenir compte de l'importance de rehausser la collaboration avec les familles d'accueil afin de bien répondre aux besoins des enfants.

Le Québec a investi dans ses infrastructures, mais il demeure un besoin d'investir davantage pour rénover les installations vétustes dans plusieurs domaines qui touchent les enfants, que ce soit les écoles, les centres de réadaptation ou les foyers de groupes dans l'ensemble de la province, que ce soit en protection de la jeunesse, pour les enfants autistes ou qui ont une déficience intellectuelle ou pour les jeunes présentant des troubles sérieux du comportement et nécessitant un hébergement. Quoique cette stratégie ne réglera pas à elle seule les défis liés à la vétusté des installations, elle visera à diversifier les hébergements possibles pour les enfants afin de répondre aux besoins, tout en travaillant sur la réduction du recours au placement.

Les milieux de vie doivent permettre aux enfants vivant en placement de vivre le plus normalement possible, leur permettant ainsi de s'épanouir, de se réaliser et de développer leur autonomie, grâce aux activités offertes, aux loisirs ainsi qu'à leur relation avec les adultes et d'autres jeunes, au sein d'une communauté bienveillante.

4.5 PILIER 5 : Des intervenants engagés, qualifiés et soutenus : un levier essentiel pour la qualité des services aux jeunes

La transformation souhaitée ne saurait s'effectuer sans ses principaux artisans, soit les intervenants, les professionnels ainsi que les gestionnaires de proximité. Cependant, des difficultés d'attraction et de rétention du personnel prévalent dans les services aux jeunes, notamment à la protection de la jeunesse et dans les CRJDA.

L'évolution de la main-d'œuvre permet de constater l'utilisation d'un plus grand nombre de titres d'emploi dans les secteurs dédiés à la jeunesse. Toutefois, ceux-ci pourraient être explorés de façon à mieux soutenir des secteurs précis, en diversifiant le visage des équipes cliniques, notamment dans les CRJDA. La diversité des titres d'emploi dans ces secteurs, entre autres l'ajout des ergothérapeutes, des éducateurs physiques, ou encore des nutritionnistes, pourrait permettre de soutenir le développement des jeunes et faciliter la mobilisation des parents et des enfants vers une meilleure atteinte des objectifs. D'ailleurs, le portrait de la main-d'œuvre en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation est en cours de réalisation.

Certaines initiatives de microprogrammes émergent dans différentes universités, mais la planification de la main-d'œuvre doit tenir compte de nouvelles réalités de pratique et de la nouvelle organisation des services sociaux qui permet beaucoup plus de mobilité entre les différents secteurs cliniques. Les pratiques de gestion des ressources humaines doivent également évoluer pour tenir compte des enjeux en présence et pour assurer le recrutement et la rétention de travailleuses et de travailleurs spécialisés.

Bien que les standards et leurs indicateurs de suivi aient été révisés récemment en lien avec la protection de la jeunesse, les effets de l'implantation de ceux-ci doivent être analysés afin d'assurer l'évolution de pratiques cohérentes avec la vision actuellement mise de l'avant. La présence d'une main-d'œuvre avec souvent moins de deux ans d'expérience impose des efforts soutenus. Ceux-ci doivent viser l'accueil, l'orientation, l'intégration, le soutien clinique et le développement des compétences des nouvelles recrues, d'autant plus que le travail auprès des familles en difficulté est exigeant et complexe.

Une attention particulière devra donc être portée au soutien et à la valorisation du travail des intervenants et des professionnels dans le domaine de la protection de l'enfance. L'ensemble des actions devront prévoir :

- la consultation des parties prenantes et des organismes concernés dans la valorisation du travail en protection de l'enfance;
- l'accueil, l'orientation et l'intégration des nouveaux employés et employées;
- l'élaboration de standards visant les services de première ligne pour les jeunes en difficulté et la révision de ceux visant la protection de la jeunesse, si nécessaire;
- des formations et un accompagnement, visant le personnel et les gestionnaires, sur tout changement concernant leurs tâches et fonctions et sur l'évolution des connaissances;
- une priorisation de la santé et la sécurité psychologique des intervenantes et intervenants, avec des indicateurs de bien-être du personnel suivis périodiquement.

4.6 PILIER 6 : Une gouvernance intégrée qui mobilise tous les savoirs et qui évalue la pertinence et l'efficacité des actions

Nous souhaitons mettre l'accent dans cette stratégie sur l'importance de mobiliser tous les savoirs afin de continuer à construire la protection de l'enfance de demain, avec la participation des citoyennes et des citoyens, des jeunes, des parents, des chercheurs, des intervenantes et des intervenants, des gestionnaires et des décideurs. Nous nous engageons à assurer le suivi des actions entreprises et des résultats, dans une perspective de communication transparente de ceux-ci à la population.

La mise en œuvre d'une stratégie de transformation ne saurait se faire sans donner la voix aux jeunes et à leurs familles, et surtout, sans en tenir compte dans l'élaboration des solutions. En effet, ceux-ci sont aux premières loges de la mise en œuvre des processus en protection de la jeunesse et sont en mesure de mettre en évidence des situations ou des enjeux qui, autrement, passeraient inaperçus auprès des équipes cliniques. Ils possèdent un savoir expérientiel qui est précieux et incontournable.

Le savoir expérientiel est de plus en plus reconnu et est considéré comme complémentaire aux autres savoirs, par exemple les savoirs cliniques et académiques, dans l'amélioration de l'éducation en santé, de la recherche et de l'organisation des soins et services¹²⁶. Cependant, comme le rapporte la CSDEPJ, « les enfants et les jeunes sentent encore souvent que tout est décidé pour eux et qu'ils n'ont d'autre choix que de vivre avec les décisions à leur égard¹²⁷. »

La mise en valeur des savoirs expérientiels des jeunes et de leurs familles permettra de soutenir le développement des politiques publiques et des programmes et d'assurer une meilleure prise en compte des préoccupations citoyennes. Elle favorisera l'acceptabilité sociale des mesures et rapprochera la protection de la jeunesse de la communauté. Les savoirs expérientiels mentionnés doivent s'intégrer avec synergie à la littérature grise et aux savoirs scientifiques.

À cet effet, le Québec est privilégié de pouvoir compter sur des institutions scientifiques compétentes et reconnues en matière de jeunes en difficulté et de santé publique, comme les deux établissements du RSSS ayant une désignation d'institut universitaire (IU) dans le domaine des Jeunes en difficulté, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Boscoville, etc. Les travaux issus de ces institutions doivent être mobilisés de manière à alimenter l'élaboration des orientations et des normes de pratique clinique pour les jeunes et leurs familles. Ces partenaires peuvent également contribuer de façon importante aux mécanismes de suivi des trajectoires de soins et de services et à l'appréciation de la pertinence clinique et l'efficacité des interventions.

L'innovation est importante pour développer des modèles de services qui répondent aux besoins des jeunes et à ceux de leurs parents. Plusieurs innovations québécoises ont vu le jour dans les dernières années dans le secteur de la jeunesse, autant celles entreprises par des intervenantes et intervenants des services publics que celles introduites par l'entremise de pratiques alternatives communautaires. Les modèles de services intégrés font également partie de ces innovations « terrain ». La présente stratégie souhaite soutenir ces pratiques afin d'offrir des solutions concrètes pour les enfants et leurs familles, tout en assurant l'évaluation des programmes et la généralisation de solutions novatrices efficaces.

La collaboration avec la recherche doit permettre non seulement d'appuyer la prise de décision des principaux acteurs (le MSSS, Santé Québec, etc.) et d'identifier les besoins de recherche et de développement de connaissances, mais aussi de contribuer à la stratégie et à son plan de mise en œuvre, au déploiement de pratiques probantes et au transfert de connaissances de façon à avoir un meilleur maillage entre les milieux cliniques et scientifiques.

La concertation profitera également aux milieux scientifiques en offrant des perspectives de recherches-actions qui pourront favoriser l'innovation et l'évolution des pratiques, au bénéfice des jeunes et de leurs familles.

Finalement, la vision sous-jacente à la transformation souhaitée est intrinsèquement liée à la notion de pertinence et d'efficacité clinique et aux concepts de sous-utilisation, de surutilisation et de mauvaise utilisation des soins et services par rapport à leur valeur.

Les notions de pertinence et d'efficacité clinique demeurent sensibles puisque chaque situation doit être évaluée individuellement et que plusieurs facteurs viennent l'influencer. D'abord et avant tout, les décisions prises doivent l'être dans l'intérêt primordial de l'enfant. Les services doivent toujours être articulés afin de viser le plus haut respect de ses besoins et de ses droits. Cela dit, l'intérêt de l'enfant est souvent associé au bien-être de sa famille et de sa communauté.

Changer les pratiques en protection de l'enfance impliquera donc :

- une gestion importante du changement;
- l'élaboration d'un cadre d'évaluation qui permettra une meilleure utilisation des données clinico-administratives disponibles;

- une compréhension commune de la pertinence clinique;
- l'utilisation judicieuse des compétences des intervenants, des professionnels et des partenaires;
- une appréciation plus juste des trajectoires de services des enfants et de leur famille et un engagement de toutes les parties prenantes;
- la participation active des jeunes, des parents et des acteurs de la société civile;
- l'évaluation des programmes et des politiques publiques.

En somme, la stratégie devra reposer sur un partenariat avec les praticiennes et praticiens, les gestionnaires, les chercheurs, les enfants, les jeunes et leurs familles, mais aussi sur la mobilisation des savoirs scientifiques, des savoirs expérientiels et des savoirs liés à l'intervention. De plus, elle s'appuiera sur leur conception de ce qui apporte une plus grande valeur et de ce qui en apporte moins, de manière à favoriser l'amélioration continue des orientations et des processus.



5. MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI

5.1 Gouvernance

Le MSSS et Santé Québec ont choisi de renouveler la gouvernance en services à la jeunesse et en protection de l'enfance.

Cette gouvernance assurera le suivi de la présente stratégie et de son [plan de mise en œuvre](#), selon les responsabilités respectives des instances. De plus, elle sera à même de conseiller les décideurs dans les différentes orientations et prises de position, en plus de favoriser une lecture plus éclairée des différents enjeux.

Le modèle de gouvernance implanté respecte les rôles et responsabilités de chacun, fait place à la collaboration entre les organisations, mais il doit aussi valoriser autant les savoirs expérientiels des jeunes et de leurs familles, ceux issus de la recherche scientifique, que l'expertise des intervenantes et intervenants. Ces instances de gouvernance pourront ainsi mieux assurer la saine évolution de l'offre de services aux enfants et aux familles.

Ainsi :

- Une gouvernance nationale conjointe est instaurée, sous la responsabilité conjointe du MSSS et de Santé Québec, afin d'assurer un leadership unifié en protection de l'enfance.
- Deux instances nationales réuniront les décideurs du MSSS et de Santé Québec pour coordonner respectivement la protection de l'enfance et les services de réadaptation jeunesse, assurant ainsi un pilotage cohérent de la transformation.
- Un comité consultatif national de la société civile en protection de la jeunesse sera mis en place, permettant à des associations de jeunes, de parents et aux partenaires communautaires de participer à la définition des orientations et à l'évaluation des progrès.
- Les expertises du terrain et de la recherche seront mobilisées par un comité national dédié, afin d'orienter les pratiques selon les meilleures connaissances et d'innover continuellement.
- Sous l'égide de la Directrice nationale de la protection de la jeunesse, les directrices et directeurs régionaux de la protection de la jeunesse travailleront de concert pour harmoniser les pratiques et porter la nouvelle vision sur le terrain.

Le premier [plan de mise en œuvre](#) devra préciser cette gouvernance et prévoir les moyens de la soutenir afin qu'elle puisse jouer son rôle adéquatement.

5.2 Mise en œuvre

La présente stratégie détermine la vision du MSSS et de Santé Québec en matière de protection de l'enfance. S'appuyant sur une analyse des données à notre disposition et de consultations auprès des jeunes, parents, intervenants et partenaires, elle permet d'identifier les orientations et les piliers de transformation qui nous permettront d'atteindre cette vision, en continuité avec les recommandations de la CSDEPJ.

Les initiatives concrètes qui seront déployées pour soutenir la transformation seront précisées dans un plan de mise en œuvre triennal distinct de la stratégie. Ainsi, d'ici 2035, trois plans de mise en œuvre seront élaborés, précisant, à chaque fois, quelles initiatives seront déployées.

Cette recension périodique des mesures concrètes à mettre en place permettra de tenir compte de l'évolution de la transformation, des changements dans l'environnement externe et interne, de mesurer les avancées, d'identifier de nouvelles initiatives, de bénéficier de l'avancée des connaissances scientifiques et des possibilités qui nous seront offertes par les nouvelles technologies.

5.3 Suivi et évaluation

Les mesures du plan de mise en œuvre qui découle de cette stratégie devront se décliner en objectifs, avec des livrables et des indicateurs qualitatifs ou quantitatifs qui permettent leur suivi et la mesure de résultats.

La structure de gouvernance conjointe du MSSS et de Santé Québec assurera la mise en œuvre des mesures, le suivi des progrès, des objectifs, des indicateurs et du déploiement de la stratégie. Des interventions devront être entreprises si des écarts sont constatés de manière à demeurer agile dans la transformation. Les différentes mesures permettront également d'accorder une priorité à certaines actions ou de réallouer des ressources au besoin, et soutiendront la reddition de comptes, considérant l'utilisation des ressources.

Dans l'esprit d'un travail collectif et de coconstruction, l'évolution de ces indicateurs pourra être communiquée aux différentes parties prenantes qui pourront influencer les travaux. Non seulement la communication transparente devrait-elle s'inscrire comme un principe fondamental favorisant la gestion du changement et la participation collective, mais cette communication devrait également favoriser l'engagement du personnel et des partenaires. En effet, leur expertise pourra ainsi être mise à profit si des ajustements sont nécessaires.

5.4 Révision de la stratégie

La stratégie conjointe de protection de l'enfance devrait être révisée lors de l'année civile 2035.



6. CONCLUSION

Cette stratégie vise à mettre de l'avant une vision de transformation, afin d'agir en promotion de la santé et d'offrir des services préventifs et de première ligne aux enfants en difficulté et à leur famille. En s'appuyant sur des principes de solidarité avec les familles en contexte de vulnérabilité, elle permettra d'accroître la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à joindre les populations ayant besoin de services. Pour ce faire, elle doit offrir l'intensité et l'adaptation nécessaires, en s'appuyant par-dessus tout sur l'importance d'agir en amont de la DPJ afin de réduire le recours à la LPJ.

Pour le futur de nos jeunes, et de manière très concrète, nous voulons renforcer nos services de première ligne et nos pratiques de concertation, développer des pratiques plus intégrées et inclusives qui permettront une amélioration en continu ainsi qu'une prise en charge plus rapide et mieux adaptée aux besoins des enfants.

La stratégie s'appuie fortement sur les constats de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. Plusieurs consultations ont déjà eu lieu, auprès de jeunes, de parents, d'intervenants, de professionnels, de ressources communautaires et d'acteurs institutionnels de plusieurs réseaux. L'heure est à la mise en œuvre de changements durables.

La stratégie s'inscrit dans le contexte particulier du système de santé qui est en mouvance et pour lequel nous cherchons, depuis plusieurs années, à limiter la croissance des dépenses. L'innovation ainsi que la créativité seront nécessaires, tout comme une capacité de transformer nos façons de faire et de penser autrement. La contribution de l'ensemble des personnes concernées par la protection de l'enfance sera requise pour arriver à bon port.

La protection des enfants ne relève pas seulement du ministère de la Santé et des Services sociaux et de Santé Québec. Pour arriver à nos fins, nous aurons à mobiliser nos partenaires afin de réfléchir à des réponses alternatives pour répondre aux besoins des enfants et des familles en situation de vulnérabilité, que ce soit les écoles, les organismes communautaires, les services de garde éducatifs à l'enfance, les municipalités, et même chacun de nos concitoyens et concitoyennes.

Un message fort transcende l'ensemble de cette stratégie. Chaque enfant a droit à des soins et des services attentionnés et doit pouvoir grandir à l'abri d'abus et de négligence. L'intérêt de l'enfant doit guider toute décision. Bien au-delà de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, la protection de l'enfance est d'abord une responsabilité **COLLECTIVE**, et chacun a un rôle essentiel à jouer pour faire de la santé, du développement et du bien-être des enfants une véritable priorité : celle de toute une société.

ANNEXE 1 – GLOSSAIRE

Bienveillance

Adopter une attitude positive de soutien et une communication ouverte et respectueuse, qui favorisent la participation, la sécurité, le bien-être et la valorisation de la personne ainsi que la valorisation des efforts.

Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, par exemple, le revenu, l'éducation, l'emploi, la sécurité alimentaire, la qualité de l'air et de l'eau, le logement, le réseau de soutien social et familial, l'inclusion, les habitudes de vie, les services disponibles, etc. Il existe des disparités de répartition de ces déterminants entre les différents échelons de la société¹²⁸.

Égalité réelle

Reconnaître les inégalités auxquelles font face certaines personnes ou populations et chercher activement à adapter les mesures afin que tout le monde puisse exercer ses droits et jouir des mêmes opportunités et résultats de santé.

Environnements favorables

Agir sur les environnements physique, socioculturel, économique et politique afin qu'ils favorisent la santé et le bien-être.

Fatigue de compassion

Un état d'épuisement émotionnel ou physique qui peut être causé par l'exposition répétée à la souffrance des autres. Parfois on constate la fatigue de compassion chez des intervenantes et intervenants à la protection de la jeunesse. Des interventions préventives sont souvent requises.

Inégalités sociales de santé

Des différences de santé constatées chez divers groupes ou personnes de la société. Ces différences sont souvent causées par des barrières structurelles, par exemple, le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et le soutien social.

Maltraitance

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la maltraitance désigne «toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, d'abus sexuels, de négligence ou de traitement négligents, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir¹²⁹.» (OMS 2024)

Soins et services de première ligne

Les soins et services de première ligne sont des soins de santé et des services sociaux essentiels offerts, accessibles de façon équitable et inclusive à toutes les personnes et communautés. Ils visent à répondre en temps opportun aux besoins physiques et psychosociaux de l'ensemble de la population, sans discrimination. Offerts dans la communauté, ils servent généralement de porte d'entrée dans le système de santé et de services sociaux.

Ils englobent un large éventail d'activités incluant la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement ou l'intervention, le suivi régulier de problèmes de santé physique ou psychosociaux ainsi que les soins et services associés aux différentes phases de la vie.

Ces soins et services sont fournis par une diversité d'organismes locaux au sein desquels une pluralité d'intervenants et de professionnels travaille en interdisciplinarité, en partenariat avec les personnes et leurs proches, dans un esprit d'autodétermination.

Victimisation secondaire

Une victimisation que subit une personne ayant déjà été exposée à des traumatismes, souvent répétés. Cette victimisation est souvent involontaire et peut être causée par des réactions négatives de son entourage ou des institutions sociétales qui ont pour effet de créer une deuxième blessure chez la personne qui en est victime.

Vulnérabilité

La vulnérabilité peut être le fait de moins pouvoir se protéger en raison d'un état de fragilité ou de précarité, souvent causé par des facteurs individuels, familiaux, sociaux et économiques

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « La prévention, c'est la Santé, Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035 », 2025, p. 1.
- 2 UNICEF Canada, Document canadien d'accompagnement du Bilan Innocenti 18 de L'UNICEF, La pauvreté infantile au Canada : finissons-en, UNICEF Canada, Toronto, 2023., p. 25
- 3 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021, p. 28.
- 4 Ministère de la Santé et des services sociaux, « Vers la toute première politique gouvernementale sur l'organisation de services de première ligne – Publication du rapport des experts », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/vers-la-toute-premiere-politique-gouvernementale-sur-lor-organisation-de-services-de-premiere-ligne-publication-du-rapport-des-experts-62735>
- 5 Organisation mondiale de la santé (OMS), Constitution : adoptée par la Conférence internationale de la Santé en 1946 et mise en œuvre en 1948. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- 6 Idem., Organisation mondiale de la santé (OMS), <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- 7 Groupe de travail pour les jeunes, comité présidé par M. Camil Bouchard, *Un Québec fou de ses enfants*, ministère de la Santé et des services sociaux, 1991.
- 8 Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L M. (dir.). Rapport québécois sur la violence et la santé. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2018, p. 36.
- 9 Waldfogel, J. "Prevention and the child protection system. *The future of children* », 2009, 195-210.
- 10 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Avril 2021, p. 38-48.
- 11 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021, p. 38-45.
- 12 Lavoie A, Auger A. « Être parent au Québec en 2022 : un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur la parentalité 2022 ». Québec, Canada : Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec ; 2023.
- 13 Institut de la statistique du Québec, « L'évolution du Québec depuis 25 ans selon les travaux de l'Institut de la statistique du Québec, Les familles et les enfants », Québec, Canada, 2025, [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/evolution-25-ans-familles-et-enfants.pdf>]
- 14 Institut de la statistique du Québec, « Enquête sur l'accessibilité et l'utilisation des services de garde 2021, portrait statistique », 2022, [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-accessibilite-utilisation-services-garde-2021-portrait-statistique.pdf>]
- 15 LAVOIE, Amélie, « Être parent de tout-petits au Québec en 2015 et en 2022 : un portrait comparatif », [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 2025.
- 16 Idem.

- 17 Directeur national de santé publique. « Rapport du directeur national de santé publique 2024 – Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement », Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2024.
- 18 Institut national de santé publique du Québec, « Déterminants de l'alimentation des Premières Nations et des Inuit au Québec – Synthèse des connaissances », Québec, Canada : Gouvernement du Québec; 2024.
- 19 Geoffroy Boucher et Sandy Torres, « Les inégalités de patrimoine au Québec », Montréal, Canada, Observatoire québécois des inégalités, 2023.
- 20 Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation, « Stratégie québécoise en habitation, Bâtir ensemble pour mieux se loger », Québec, Canada, 2024.
- 21 Institut de la statistique du Québec, « L'évolution du Québec depuis 25 ans selon les travaux de l'Institut de la statistique du Québec, Les familles et les enfants », Québec, Canada, 2025, [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/evolution-25-ans-familles-et-enfants.pdf>]
- 22 Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, « Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement », 2024.
- 23 Institut de la statistique du Québec, L'évolution du Québec depuis 25 ans selon les travaux de l'Institut de la statistique du Québec, Les jeunes, Québec, Canada, 2025, [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/evolution-25-ans-jeunes.pdf>]
- 24 Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, « Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement », 2024.
- 25 Esposito, T., Caldwell, J., Chabot, M., Blumenthal, A., Trocme, N., Fallon, B., Hélie, S., Affifi, T. "Childhood prevalence of involvement with the child protection system in Quebec : a longitudinal study. International Journal of Environmental Research and Public Health », 2023.
- 26 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec, Rapport de l'exercice du 11 octobre 2022, Tout le monde compte », Québec, Canada, 2022.
- 27 DUCHARME, Amélie, Jesseca PAQUETTE et Sonia DALY. « Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2022. Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives », [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 2023. [[Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2022. Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives](#)]p. 13.
- 28 Boatswain-Kyte, A., Esposito, T., Trocme, N., « A longitudinal jurisdictional study of Black children reported to child protection services in Québec, Children and Youth Services Review », 116 (2020), 105219, [A longitudinal jurisdictional study of Black children reported to child protection services in Quebec, Canada](#);
- 29 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, « Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes », 2021, chapitre 10, p. 299-313.
- 30 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, « Analyse des trajectoires des jeunes des Premières Nations assujettis à la Loi sur la protection de la jeunesse – volet 3 », Wendake, Québec, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador; 2016; Hélie, S., Trocme, S., Collin-Vézina, D., Esposito, T., Morin, S. & Saint-Girons, M. (2022). *Volet Premières Nations de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2019. Rapport EIQ/PN-2019*. Institut universitaire Jeunes en difficulté, 57 pages. <https://iujd.ca/sites/iujd/files/media/document/EIQ-PN-2019-rapport-final.pdf>

- 31 Hélie, S., Trocmé, S., Collin-Vézina, D., Esposito, T., Morin, S. & Saint-Girons, M. "First Nations/Quebec Incidence Study of Child Maltreatment and Serious Behaviour Problems Investigated by Child Protection Services" in 2019. Rapport FN/QIS-2019. Institut universitaire Jeunes en difficulté, 2022, 60 p. <https://cssspnqj.com/en/produit/eiq-pn-2019-volet-premieres-nations-de-letude-dincidence-quebecoise-sur-les-situations-evaluees-en-protection-de-la-jeunesse-en-2019/>
- 32 CLÉMENT, Marie-Ève, Alexandre MORIN, Marie-Hélène GAGNÉ, Sylvie LÉVESQUE, Annie BÉRUBÉ, Jasline FLORES et Chantale LECOURE. « La violence et la négligence familiales dans la vie des enfants du Québec, 2024. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 5^e édition de l'enquête », [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 2025. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/violence-negligece-familiales-enfants-2024.pdf>].
- 33 Loi sur la protection de la jeunesse, article 2., p-34.1 – [Loi sur la protection de la jeunesse](#)
- 34 Hélie, S., Collin-Vézina, D., Trocmé, N., Esposito, T., Fallon, B., Morin, S. & Cardin, JF. « Étude d'incidence québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse en 2019. Rapport EIQ-2019. », [En ligne], Institut universitaire Jeunes en difficulté, 2025. <https://iujd.ca/fr/etude-dincidence-quebecoise-sur-les-enfants-evalues-en-protection-de-la-jeunesse-en-2019-eiq-2019>
- 35 Fallon, B., Joh-Carnella, N., Houston, E., Livingston, E., Trocme N. The more we change the more we stay the same : Canadian child welfare systems' response to child well-being, Child Abuse and Neglect, 2023.
- 36 Trocme, N. et coll., "Urgent Protection Versus Chronic Need : Clarifying the dual mandate of Child Welfare Services Across Canada", Social Sciences, vol. 3, no. 3, 2014, p. 493-494.
- 37 Précourt, S. La surreprésentation des enfants en situation de pauvreté dans le système de protection de la jeunesse au Québec : Une analyse des besoins cliniques et socioéconomiques familiaux (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Université de Montréal. 2024, <https://hdl.handle.net/1866/41396>
- 38 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Indicateur 1.06.21, Taux de jeunes pris en charge par les services de proximité du programme-services Jeunes en difficulté (JED), mission centre local de services communautaires (CLSC), par 1000 jeunes », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000231/>]
- 39 Directrices et directeurs de la protection de la jeunesse / directrices et directeurs provinciaux, « Bilan des directrices et directeurs de la protection de la jeunesse/directrices et directeurs provinciaux, 2025, Au-delà d'un signalement : Protéger les enfants collectivement », [En ligne] p. 19. [https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/Actu_2025_06_19_BilanDPJ.pdf]
- 40 Hélie, S., Chateaufneuf, D., Lavallée, C., Robitaille, C. et Rivest Beauregard, A., « Étude sur la trajectoire sociojudiciaire des enfants dont la situation est prise en charge sous la Loi sur la protection de la jeunesse », 2025.
- 41 Hélie, S., Hébert, S.T., Poirier, M-A., Esposito, T., & Pagé, G. « L'évaluation des impacts de la Loi sur la protection de la jeunesse : Analyse de cohortes 2003-2020 ». Rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut universitaire Jeunes en difficulté, Montréal, Québec, 2025, 83 p.
- 42 Pollock, N., Ouédraogo, A., Trocmé, N., Hovdestad, W., Miskie, A., Crompton, L., Campeau, A., Tanaka, M., Zhang, C., Laprise, C. et Tonmyr, L. (2024). « Taux de placement des enfants hors de leur foyer familial : analyse des données administratives nationales du système de protection de l'enfance du Canada », Revue Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, Vol 44, n° 4, avril 2024; [Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2018 \(OIS-2018\). Toronto, ON : Child Welfare Research Portal Ontario Incidence Study Of Reported Child Abuse And Neglect – 2018 \(OIS-2018\) | Canadian Child Welfare Research Portal](#); Étude d'incidence Québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse 2019 (ÉIQ-2019) [Rapport EIQ-2019.pdf](#)
- 43 Esposito, T., Caldwell, J., Chabot, M., Blumenthal, A., Trocme, N., Fallon, B., Hélie, S., Affifi, T. "Childhood prevalence of involvement with the child protection system in Quebec : a longitudinal study". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010622>

- 44 Institut national de santé publique du Québec, « Déterminants de la santé », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.inspq.qc.ca/notions-sante-publique/determinants>
- 45 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « La prévention, c'est la Santé, Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035 », 2025.
- 46 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Revenir à l'essentiel, Plan d'action en périnatalité et en petite enfance 2023-2028 », 2024.
- 47 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité, Cadre de référence », 2023.
- 48 Gouvernement du Québec, décret numéro 534-2019, Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, [Decret_534-2019_.pdf](#)
- 49 Gouvernement du Québec, « Une première au Québec – Nomination de Marie-Ève Brunet-Kitchen à titre de commissaire au bien-être et aux droits des enfants », communiqué de presse du 9 avril 2025, [<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/une-premiere-au-quebec-nomination-de-marie-eve-brunet-kitchen-a-titre-de-commissaire-au-bien-etre-et-aux-droits-des-enfants-62123>]
- 50 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Résumé du Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, avril 2021, 552 p.
- 51 Idem, p. 125-144.
- 52 Idem, p. 356.
- 53 Johnco, C., Salloum, A., Olson, K. R., & Edwards, L. M. "Child welfare workers' perspectives on contributing factors to retention and turnover : Recommendations for improvement". *Children and Youth Services Review*, 47, 2014, 397-407;
- Curry, D., McCarragher, T., & Dellmann-Jenkins, M. Training, transfer, and turnover : Exploring the relationship among transfer of learning factors and staff retention in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 27(8), 2005, 931-948.
- 54 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Orientations ministérielles relatives au programme d'accueil, d'orientation et d'intégration (PAOI) pour le personnel des services de la protection de la jeunesse », [En ligne], 2025, [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003910/>]
- 55 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Résumé du Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, avril 2021, Annexe 2, Listes des recommandations, page 86.
- 56 Idem, page 97.
- 57 Gouvernement du Québec, « À propos d'ÉKIP : Santé, bien-être et réussite éducative des jeunes », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.quebec.ca/education/prescolaire-primaire-et-secondaire/res-sources-outils-reseau-scolaire/sante-bien-etre-jeunes/ekip/a-propos/>]
- 58 Hélie, S., Hébert, S.T., Poirier, M-A., Esposito, T., & Pagé, G. « L'évaluation des impacts de la Loi sur la protection de la jeunesse : Analyse de cohortes 2003-2020 ». Rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut universitaire Jeunes en difficulté, Montréal, Québec, 2025, 83 p.
- 59 UNICEF, "Violence against children", [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://sdgs.un.org/topics/violence-against-children>]

- 60 La transformation se fera en gardant en tête l'objectif d'un réseau plus humain, comme le prône la réforme du système de santé.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan de transformation, Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent, rapport du comité de transition sur la mise en œuvre de la Loi de la gouvernance du système de santé et de services sociaux, 2025, [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003858/>]

- 61 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « La prévention, c'est la Santé, Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035 », 2025, p. 7.

- 62 Barnett, W. S. « Analyse économique des services de garde éducatifs à la petite enfance : une recension des écrits ». 2019, Dans G.M. Tarabulsky, J. Poissant, T. Saïas, C. Delawarde (Eds.), *Programmes de prévention et développement de l'enfant : 50 ans d'expérimentation*. Presses de l'Université du Québec; Heckman, J. J. (2012). Invest in early childhood development : Reduce deficits, strengthen the economy. *The Heckman Equation*, 7(1-2), 1-2.

- 63 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Résumé du Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, avril 2021, page 106.

- 64 Pour une définition complète des inégalités sociales de santé sur le site de l'INSPQ :

Institut national de santé publique du Québec, « Inégalités sociales de santé (ISS) », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.inspq.qc.ca/inegalites-sociales-de-sante>].

- 65 Institut de la statistique du Québec, « Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2022, Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives », Gouvernement du Québec, 2023, p. 14, <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-developpement-enfants-maternelle-2022.pdf>

- 66 Chammas, G., Grenier, J. et Fay, R. « L'intégration du fonctionnement social aux champs de pratique : postures et processus en travail social ». 2024, Presses de l'Université du Québec.

- 67 Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. et Girouard, N. « Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014) ». Direction des jeunes et des familles du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, 120 p., p. 91 https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/eiq-2014_rapport_final.pdf

- 68 Idem, p. 102.

- 69 Cloutier, Richard, et coll. « 12. Pauvreté, santé mentale et protection de la jeunesse ». *Les inégalités sociales de santé au Québec*, édité par Katherine Frohlich et coll., Presses de l'Université de Montréal, 2008, <https://doi.org/10.4000/books.pum.10016>.

- 70 Baudry, C., Tarabulsky, G. M., Atkinson, L., Pearson, J., & St-Pierre, A. « Intervention with adolescent mother-child dyads and cognitive development in early childhood : a meta-analysis. *Prevention Science*, 18(1) », 2017, 116-130. ;

Duncan, G. J., Magnuson, K., Kunin-Batson, A. S., Yoshikawa, H., Fox, N. A., Halpern-Meehin, S., ... & Noble, K. G. "Cash transfers and their effect on maternal and young children's health : a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 2025

- 71 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Direction des services sociaux, « Mécanismes d'accès aux services de proximité », [En ligne], 2019, [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Mecanisme-acces-services-proximite.pdf]

- 72 Lévesque, JF., Harris, M., Russel, G., "Patient-centred access to Health care : Conceptualizing access at the interface of Health systems and populations", *Int J Equity Health* 2013;12 : 18 [<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>]

- 73 Esposito, T. et collab., "Recurrent involvement with the Quebec child protection system for reasons of neglect : A longitudinal clinical population study", 2019, p. 8.,

Esposito, T., Chabot, M., Calwell, J., Webb, C., Delaye, A., Fluke, J., Trocmé, N., Bywaters, P. "The differential effects of localized disparities in socioeconomic vulnerabilities and child protection involvement for reasons of neglect : Multilevel structural equation modeling. *Children and Youth Services Review.*", 2022, [<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106505>],

Esposito, T., Caldwell, J., Chabot, M., Trocme, N., Hélie, S. "What if universal services don't have a universal impact ? A spatial equity perspective on the prevalence of child protection intervention in a Canadian province. *Revue française des affaires sociales* », 2024 p. 31-48. [<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2023-3-page-31.htm>],

Esposito, T., Caldwell, J., Chabot, M., Blumenthal, A., Trocme, N., Hélie, S., Fallon, B. « Socioeconomic risk and the longitudinal child lifetime prevalence of child protection intervention". *Child Abuse & Neglect.* 2024, [<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106923>]

- 74 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Résumé du Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*, avril 2021, page 31.

- 75 St-Amand, A., Rimer, P., Nadeau, D., Herbert, J., Walsh, W. "*Contemporary and innovative practices in child and youth advocacy centre models*". Presses de l'Université du Québec, 2023.

- 76 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/jeunesse/initiative-concertee-d-intervention-pour-le-developpement-des-jeunes-enfants/>]

- 77 Gouvernement du Québec, « Programme Ma famille, ma communauté », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/protection-de-la-jeunesse/programmes-protection-jeunesse/programme-famille-communaute>]

- 78 Agir ensemble est un projet porteur du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, qui permet des concertations entre les milieux scolaires et de santé pour soutenir les familles en contexte de vulnérabilité.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie, « Agir ensemble pour les enfants de la Haute-Yamaska », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.santeestrie.qc.ca/nouvelle/agir-ensemble-pour-les-enfants-de-la-haute-yamaska>]

- 79 Le projet Diapason est une innovation du CIUSSS de la Capitale-Nationale et de ses partenaires, soutenu par le ministère de la Famille et celui de la Santé et des Services sociaux, pour agir ensemble pour la petite enfance, en renforçant le travail collectif et intersectoriel.

Université de Sherbrooke, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, « Diapason », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/je-suis-un-professionnel/projets-de-developpement/cpe-adapte-pour-les-enfants-en-situation-de-negligen>]

- 80 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Consultation nationale en protection de la jeunesse, Les jeunes, les familles et les partenaires au cœur de la réadaptation, Rapport synthèse », 2025, p. 12-13. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003942/>]

- 81 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, « Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse », 2021, p. 132.

- 82 Marshall, C., Langevin, R., & Cabecinha-Alati, S. Victim-to-Victim Intergenerational Cycles of Child Maltreatment : A Systematic Scoping Review of Theoretical Frameworks. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 9(1), Article 1, 2022. <https://doi.org/10.54488/ijcar.2022.283>
- 83 Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. P., Ly, A., Rash, C., ... & Alink, L. R. "Testing the cycle of maltreatment hypothesis : Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and psychopathology*", 31(1), 2019, 23-51.;
- Savage, L. É., Tarabulsy, G. M., Pearson, J., Collin-Vézina, D., & Gagné, L. M. "Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior : A meta-analysis. *Development and psychopathology*", 2019, 31(1), 9-21.
- Spieker, S., Nelson, D., DeKlyen, M., & Staerkel, F." Enhancing early attachment in the context of Early Head Start : Can programs emphasizing family support improve rates of secure infant-mother attachments in low-income families?" In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments : Theory, research, intervention and policy* (pp. 250–275). 2005, New York : Guilford Press.;
- Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Cyr, C., Pascuzzo, K., Moss, E., Bernier, A., & Dubois-Comtois, K. "Attachment-based intervention for maltreating families". *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 2008, 322-332.
- 84 Toth, S. L., & Cicchetti, D. "A developmental psychopathology perspective on child maltreatment". *Child maltreatment*, 18(3), 2013, 135-139.
- 85 Webster EM. "The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health and Development in Young Children". *Global Pediatric Health*. 2022 Feb 26;9 :2333794X221078708. doi : 10.1177/2333794X221078708. PMID : 35237713; PMCID : PMC8882933. [The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health and Development in Young Children – PMC](#)
- 86 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Guide de pratique clinique : repérage et analyse de situations d'enfants exposés à la violence conjugale », [En ligne] 2024, [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003750/>]
- 87 Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L M. (dir.). (2018). Rapport québécois sur la violence et la santé. Montréal : Institut national de santé publique du Québec., p. 35.
- 88 Gatti, U., Tremblay, R. E., Vitaro, F. Iatrogenic effect of juvenile justice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 2009, 991 998.
- 89 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, « Balises pour améliorer les services destinés aux enfants à risque de négligence ou en situation de négligence et à leur famille », Fiche synthèse de l'avis produit par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Décembre 2023. [<https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/balises-pour-ameliorer-les-services-destines-aux-enfants-a-risque-de-negligen-ou-en-situation-de-negligen-et-a-leur-famille.html>]
- 90 Idem, p. 5.
- 91 Bérubé, A. et coll. 2023. « Portrait des programmes en négligence », [En ligne], 2023, [<https://uqo.ca/docs/49989>]
- 92 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, « Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Résumé du Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse », avril 2021, page 106.
- 93 Ministère de la Justice du Québec, Table nationale en matière jeunesse, « Plan d'action de la Table nationale en matière jeunesse 2025-2027, [En ligne], [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/justice/publications-adm/plans-action/table_jeunesse/Plan_action_Table_jeunesse_25-27.pdf]

- 94 Plusieurs sources nous permettent d'avancer cette affirmation : citoyens qui écrivent au MSSS, rapports de la CDPDJ, rapports du Protecteur du citoyen, plaintes aux commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services, consultation de la DNPJ, consultations dans le cadre de la CSDEPJ, etc.
- 95 Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés au Québec et en France, <https://edjep.ca/>
- 96 Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, Doucet, Mélanie. « Modèle d'évaluation des normes équitables ». [En ligne], 2022, [<https://www.cwlc.ca/fr/post/le-mod%C3%A8le-d-%C3%A9valuation-des-normes-%C3%A9quitables-de-transition-est-disponible-maintenant>]
- 97 Institut national de santé publique du Québec, « Conséquences à court et à long terme de la maltraitance », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/consequences-court-et-long-terme-de-la-maltraitance>]
- 98 UNICEF, « La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) » [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>]
- 99 Loi sur la protection de la jeunesse, article 11.5. [P-34.1 – Loi sur la protection de la jeunesse](#)
- 100 Idem, article 8.
- 101 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Rapport synthèse de la consultation nationale en protection de la jeunesse : les jeunes, les familles et les partenaires au cœur de la réadaptation », [En ligne] 2025, [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003942/>].
- 102 Loi sur la protection de la jeunesse, article 3. P-34.1 – Loi sur la protection de la jeunesse
- 103 Idem, article 4.
- 104 Hélie, S., Hébert, S.T., Poirier, M.-A., Esposito, T., & Pagé, G. « L'évaluation des impacts de la Loi sur la protection de la jeunesse : Analyse de cohortes 2003-2020 ». Rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut universitaire Jeunes en difficulté, Montréal, Québec, 2025, 83 p.
- 105 Directrices et directeurs de la protection de la jeunesse / directrices et directeurs provinciaux, « Bilan des directrices et directeurs de la protection de la jeunesse/directrices et directeurs provinciaux, 2025, Au-delà d'un signalement : Protéger les enfants collectivement », [En ligne] p. 19. [https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/Actu_2025_06_19_BilanDPJ.pdf]
- 106 Hélie, S., Drapeau, S., Châteauneuf, D., Esposito, T., Noël, J., Poirier, M.-A., Saint-Jacques, M.-C. « L'évaluation des impacts de la Loi sur la protection de la jeunesse : Point de mire sur la réunification familiale et le remplacement ». Rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut universitaire Jeunes en difficulté, Montréal, Québec, 2020, 423 p.
- 107 Hélie, S., Hébert, S.T., Poirier, M.-A., Esposito, T., & Pagé, G. « L'évaluation des impacts de la Loi sur la protection de la jeunesse : Analyse de cohortes 2003-2020 ». Rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut universitaire Jeunes en difficulté, Montréal, Québec, 2025, 83 p.
- 108 Hélie, S., Drapeau, S., Châteauneuf, D., Esposito, T., Noël, J., Poirier, M.-A., Saint-Jacques, M.-C. (2020). L'évaluation des impacts de la Loi sur la protection de la jeunesse : Point de mire sur la réunification familiale et le remplacement. Rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut universitaire Jeunes en difficulté, Montréal, Québec, 423 p.
- 109 Hébert, S. T., Hélie, S., Royer, M.-N. et Esposito, T. « Time-out placements in residential care : Towards a better understanding of restrictive measures in response to the behavioral manifestations of vulnerable youths ». *Journal of Child Protection and Practice*, 2025, 4, 100113. [<https://doi.org/10.1016/j.chipro.2025.100113>]
- 110 Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux, RLRQ, c. G-1.021, sanctionnée (2023), art. 18

- 111 Statistique Canada, Recensement de 2021, Adapté par l'Institut de la statistique du Québec, « Diversité de genre » [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://statistique.quebec.ca/vitrine/15-29-ans/theme/demographie/diversite-genre>]
- 112 Gouvernement du Québec, « Identité sexuelle et de genre », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-developpement/identite-genre-orientation-sexuelle>]
- 113 UNICEF, « La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) » [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>]
- 114 Loi sur la protection de la jeunesse, préambule, [p-34.1 – Loi sur la protection de la jeunesse](#)
- 115 Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Consultation nationale en protection de la jeunesse, Les jeunes, les familles et les partenaires au cœur de la réadaptation », Rapport synthèse, 2025, p. 10. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003942/>]
- 116 Bibliothèque et Archives Canada, Commission royale sur les peuples autochtones, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.bac-lac.gc.ca/fr/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/introduction.aspx>]
- 117 Université du Manitoba, Centre national pour la vérité et la réconciliation, « Commission de vérité et réconciliation du Canada », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://nctr.ca/a-propos/histoire-de-la-cvr/commission-de-verite-et-reconciliation-du-canada/?lang=fr>]
- 118 Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, « Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées », [En ligne], [<https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/>]
- 119 Gouvernement au Québec, « Suivi de la Commission Viens », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [<https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/premieres-nations-inuits/commission-viens>]
- 120 Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux, chapitre A-20.1.1, [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/A-20.1.1>]
- 121 Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, « Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement », 2024, 142 pages.
- 122 Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis, articles 8 à 18, [<https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-92/sanction-royal>]
- 123 Loi constitutionnelle de 1982, article 35 (1) [<https://laws-lois.justice.gc.ca/fr/const/page-12.html>]
- 124 Hélie, S., Trocmé, S., Collin-Vézina, D., Esposito, T., Morin, S. & Saint-Girons, M. (2022). Volet Premières Nations de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2019. Rapport EIQ/PN-2019. Institut universitaire Jeunes en difficulté, 57 pages, Rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics.
- 125 Secrétariat du Conseil du trésor, Budget de dépenses 2025-2026, Crédits et dépenses des portefeuilles 2025-2026, Programme 2 – Services dispensés à la population : Jeunes en difficulté
- 126 Institut universitaire jeunes en difficulté, « Communauté d'intérêt droit et participation », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, [[https://iujd.ca/fr/communaute-dinteret-droits-et-participation](https://iujd.ca/fr/communaute-dinteret-droits-et-participation;)];

Dumez, V., L'Espérance, A. « Beyond experiential knowledge : a classification of patient knowledge ». *Soc Theory Health* 22, 173–186, 2024. [<https://doi.org/10.1057/s41285-024-00208-3>], Beyond experiential knowledge : a classification of patient knowledge | Social Theory & Health];

Augsberger, A., Collins, M. E., Gecker, W. et Dougher, M. "Youth civic engagement : do youth councils reduce or reinforce social inequality?" *Journal of Adolescent Research*, 33(2), 2018, 187-208. [<https://doi.org/10.1177/0743558416684957>]

- 127 Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, « Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse », 2021, p. 39.
- 128 Institut national de santé publique, « Déterminants de la santé », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.inspq.gc.ca/notions-sante-publique/determinants>
- 129 Organisation mondiale de la santé (5 novembre 2024), « Maltraitance des enfants », [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

