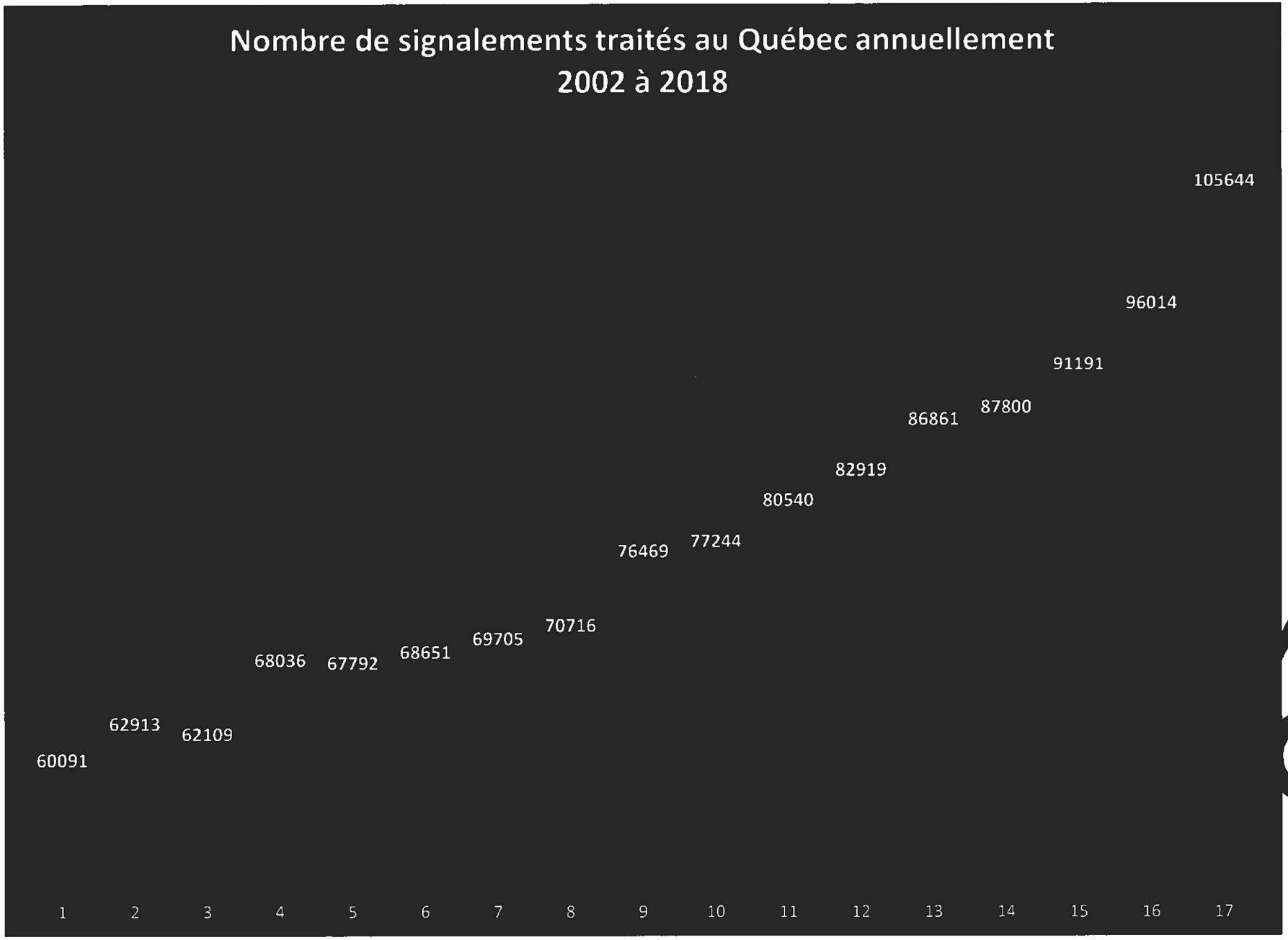
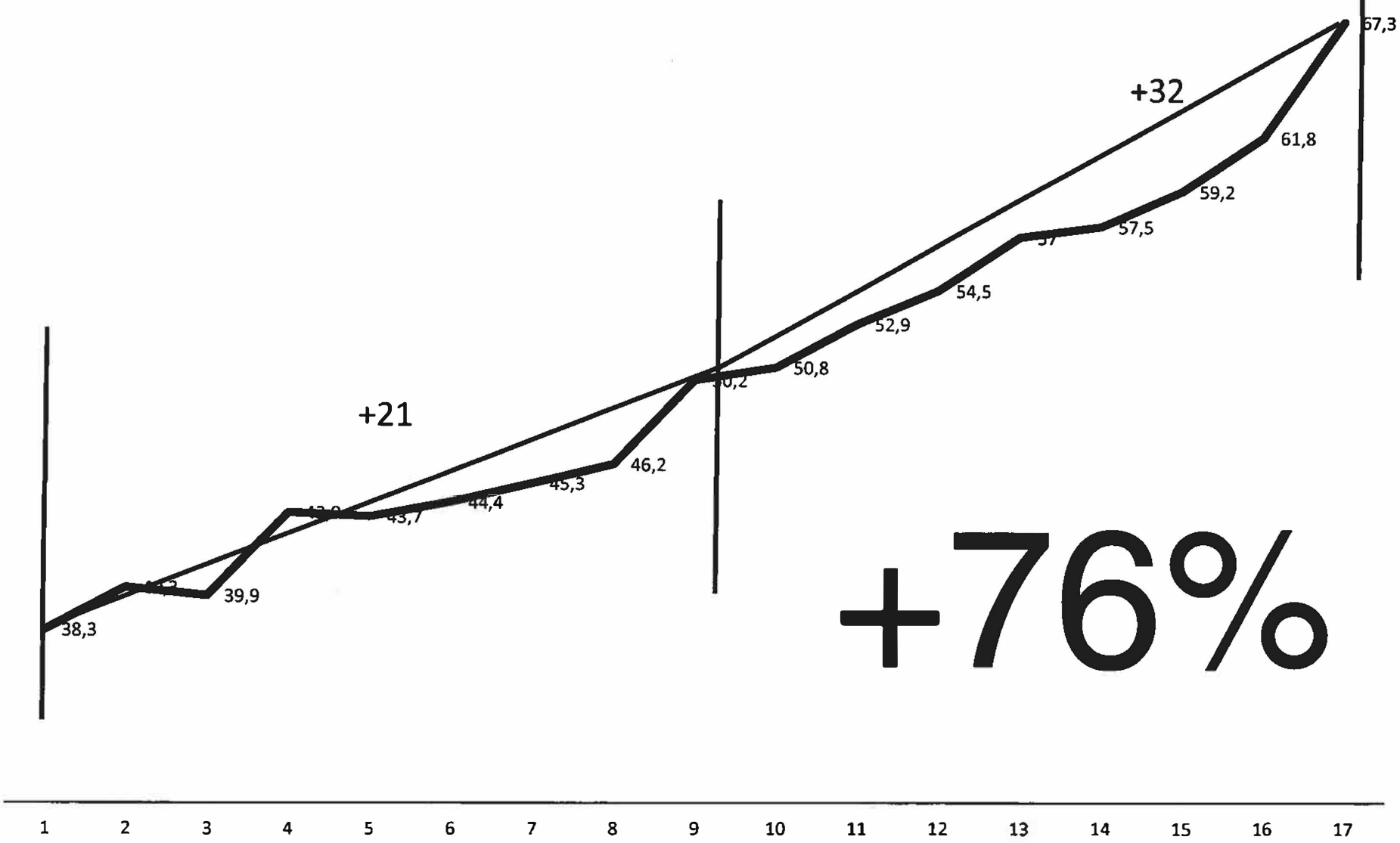
CONSTAT

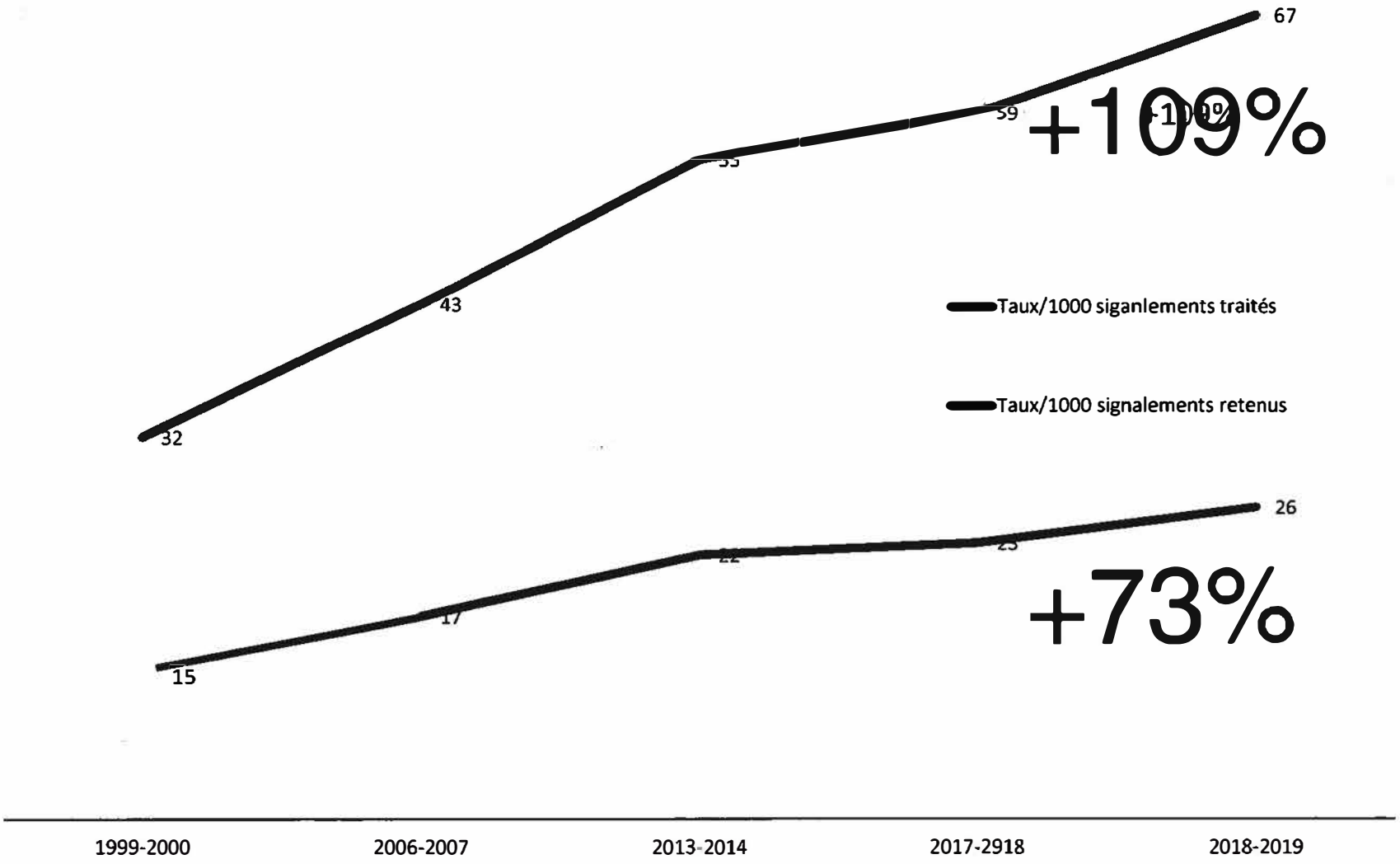

Nombre de signalements traités au Québec annuellement
2002 à 2018
60091
62913
62109
68036
67792
68651
69705
70716
76469
77244
80540
82919
86861
87800
91191
96014
105644
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

Taux de signalements traités sur 1000 enfants 0-18 ans
2002 à 2018

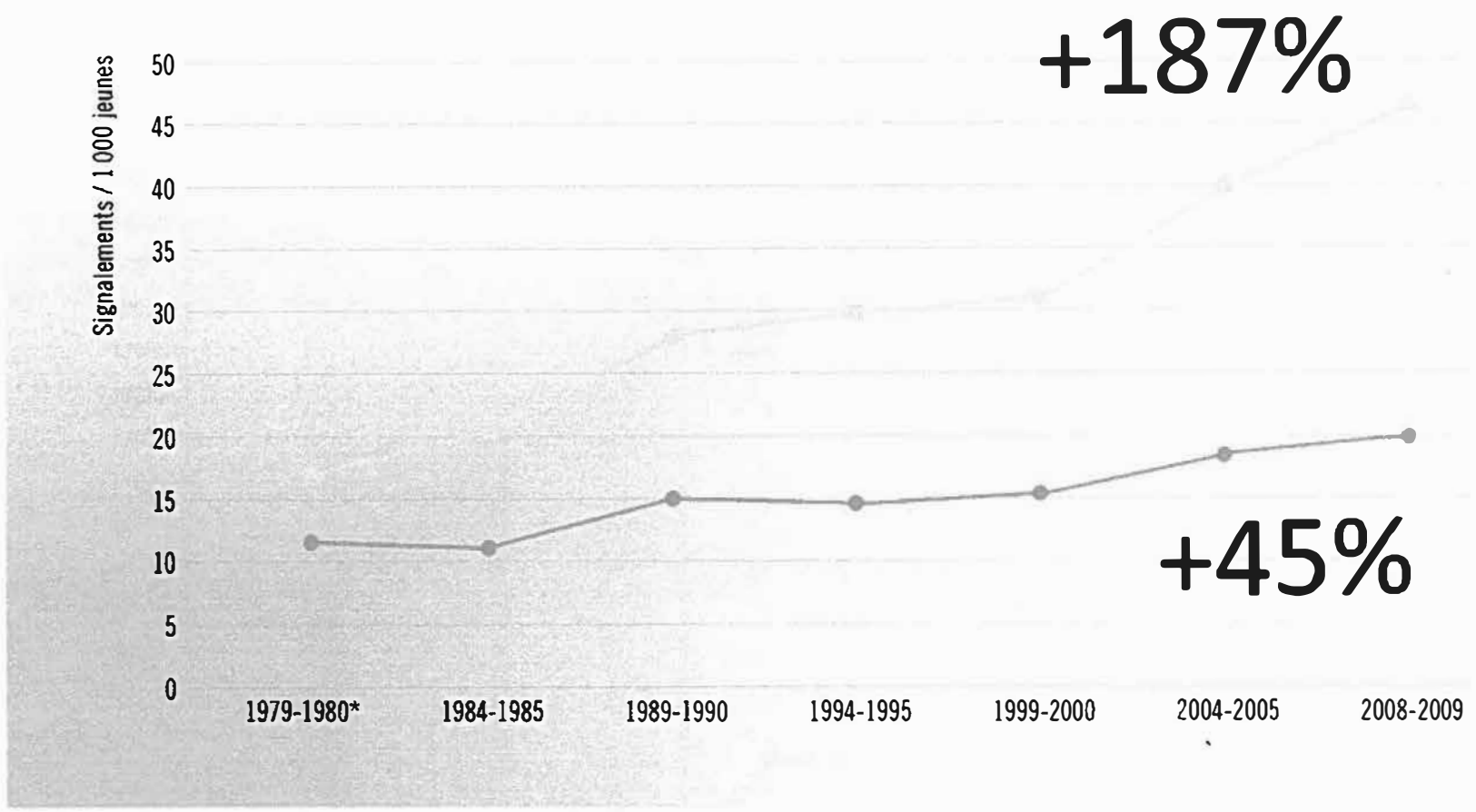


Taux de signalements traités et retenus / 1000 sur 20 ans

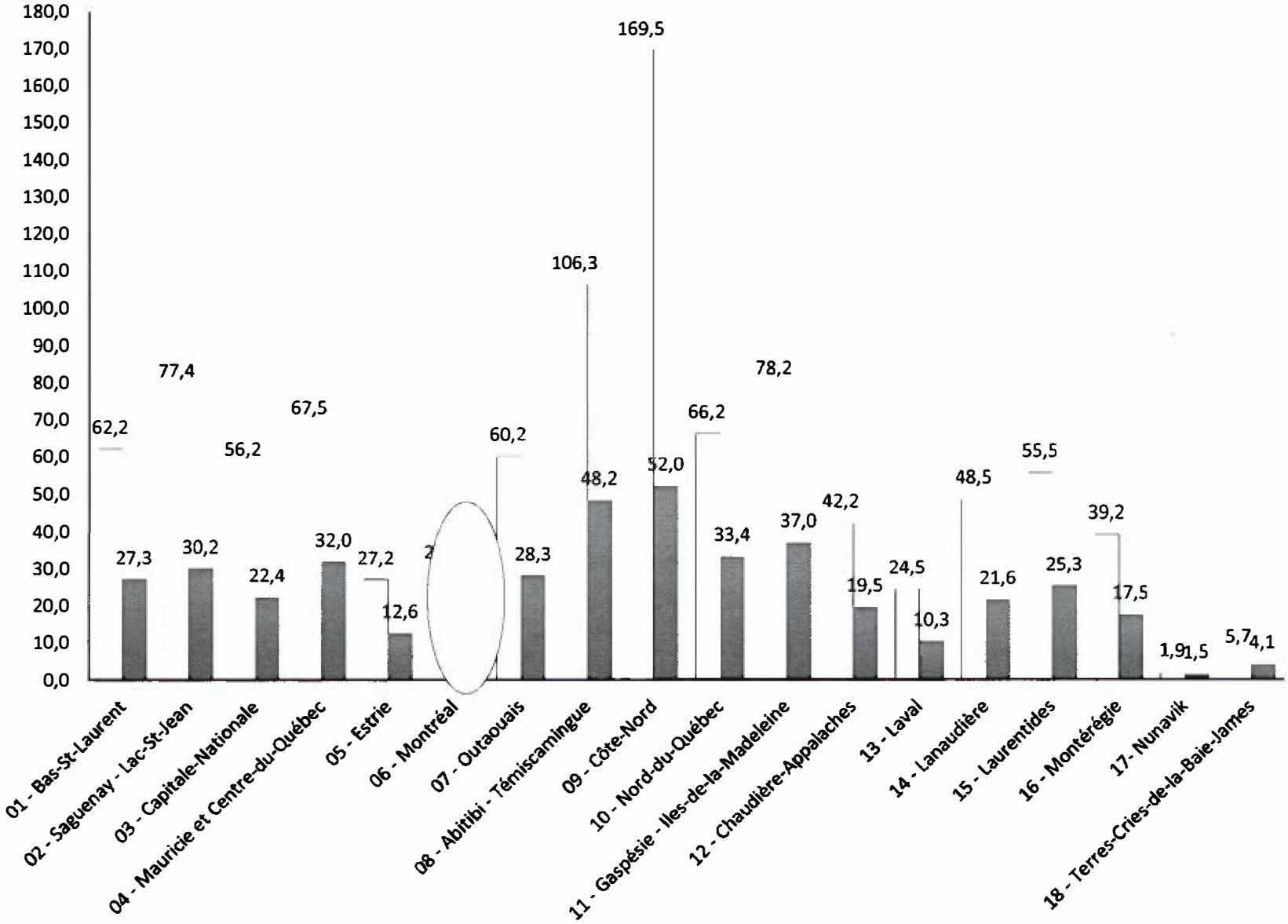
Taux de signalements traités et retenus / 1000 enfants au Québec
1999 à 2019

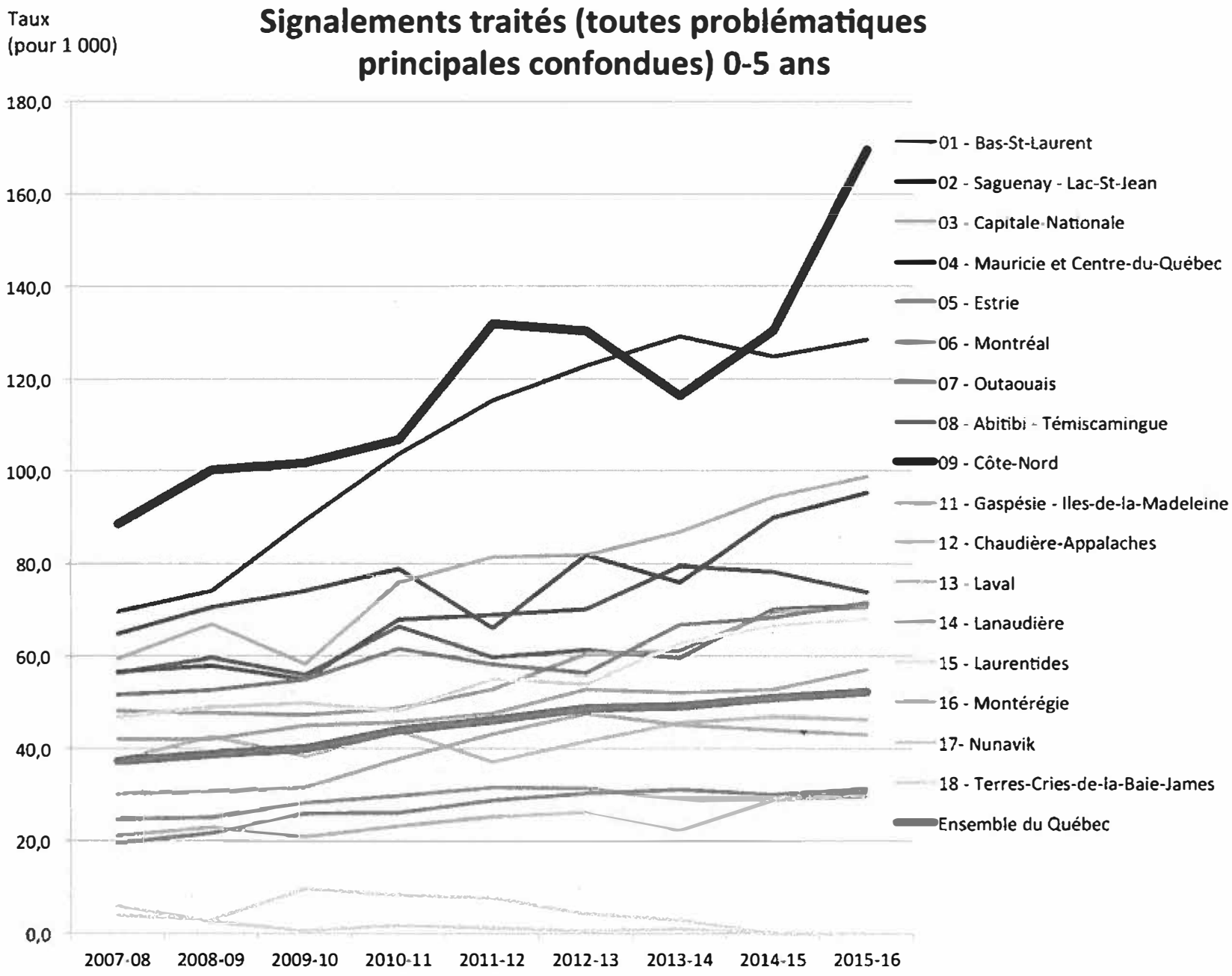


SIGNALEMENTS POUR LES 0-17 ANS PAR TRANCHE DE 1 000 JEUNES (1979-2009)



Moyenne des taux de signalements reçus et retenus entre 2007 et 2016/ 0-5 ans par région




Signalements traités (toutes problématiques principales confondues) 0-5 ans
Taux (pour 1 000)
180,0
160,0
140,0
120,0
100,0
80,0
60,0
40,0
20,0
0,0
2007-08
2008-09
2009-10
2010-11
2011-12
2012-13
2013-14
2014-15
2015-16
01 - Bas-St-Laurent
02 - Saguenay - Lac-St-Jean
03 - Capitale-Nationale
04 - Mauricie et Centre-du-Québec
05 - Estrie
06 - Montréal
07 - Outaouais
08 - Abitibi - Témiscamingue
09 - Côte-Nord
11 - Gaspésie - Iles-de-la-Madeleine
12 - Chaudière-Appalaches
13 - Laval
14 - Lanaudière
15 - Laurentides
16 - Montérégie
17- Nunavik
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James
Ensemble du Québec

Nous avons échoué

Resultat

Des DPJ assiégées

- ✓ Plus grande pauvreté? Non, mais.
- ✓ Plus grande sensibilité citoyenne? Non.
- ✓ Des services de proximité déficients? Très probablement.
- ✓ Déni collectif et gouvernemental? Oui.

Déni collectif et gouvernemer

- Discrétion médiatique sauf exception et en cas de drame
- Enjeu quasi absent des périodes électorales
- Un discret suivi annuel (bilan des DPJ)
- Indolence des médias et de la population devant le désossement du système de protection (réforme Barrette)
- La *Politique de prévention en santé* : presque rien
- *Programme national de santé publique 2005-2025*: une appro globale du développement de l'enfant mais sans référence sp à la maltraitance
- Aucun objectif national de réduction de la maltraitance

Nous devons faire mieux

...beaucoup

mieux

Commer

Non au déni pour vrai

1. Définir la maltraitance envers nos enfants comme un enjeu prioritaire de Santé public
2. Fixer un objectif national et des objectifs régionaux de réduction de la maltraitance

Urgence, un leadership!

3. Confier aux Directeurs régionaux de la santé publique la responsabilité de l'atteinte c
   ces objectifs (Loi sur la santé publique , art. 55)

4. Doter les Directeurs régionaux de Santé publique des ressources nécessaires à leu

Une population dans le coup

5. Adopter un ou des indicateurs de maltraitance et diffuser régulièrement l'état de ces indicateurs dans les médias nationaux et régionaux

6. Assurer le financement des instances de concertation locales autour de la création de communautés mobilisées contre la maltraitance envers leurs enfants

Protéger toutes les familles

7. Renforcer nos dispositifs concernant les conditions de vie des familles qui peuvent avoir un impact direct sur les taux de maltraitance (pauvreté et précarité des revenus, coût du logement, transports publics, conciliation travail-famille, formation et emploi, services de garde)

8. Se montrer vigilants et alertes vis-à-vis les changements économiques notamment dans les régions ressources

Des pratiques préventiv
éprouvées

9. Créer un *Centre d'implantation et de suivi de pratiques préventives éprouvées contre la maltraitance* à l'INSPQ

10. Assurer l'application conforme de chacun des programmes de prévention offerts aux vulnérables

11. Assurer sans délai des services de proximité compétents auprès des familles vulnéra

Touche pas à mon enfance!

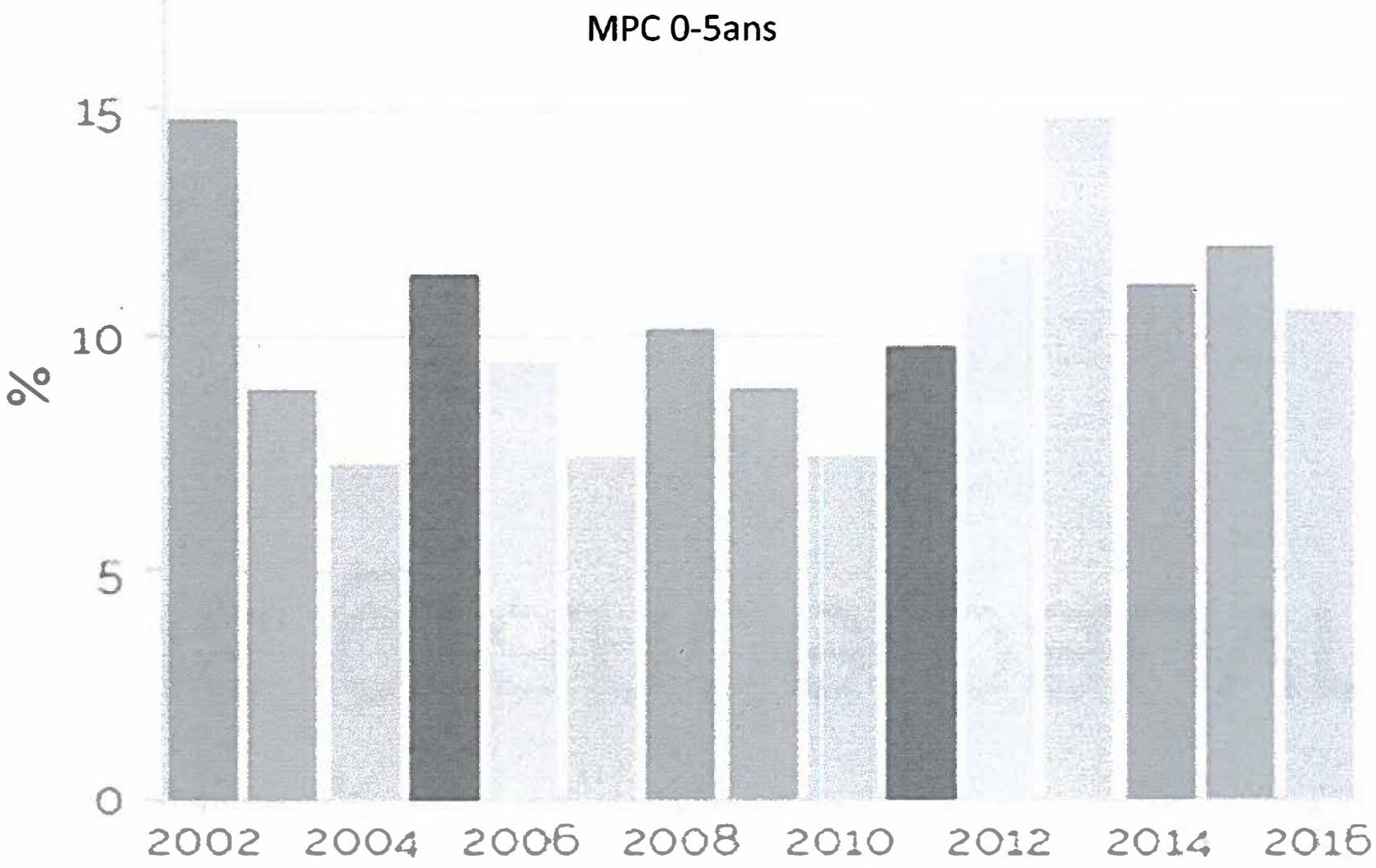
Politique nationale de lutte contre la maltraitance envers les enfants et les jeunes

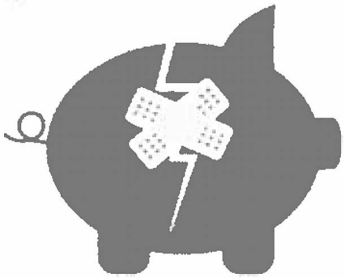
Annexes

Plus grande pauvre

Non, mais.

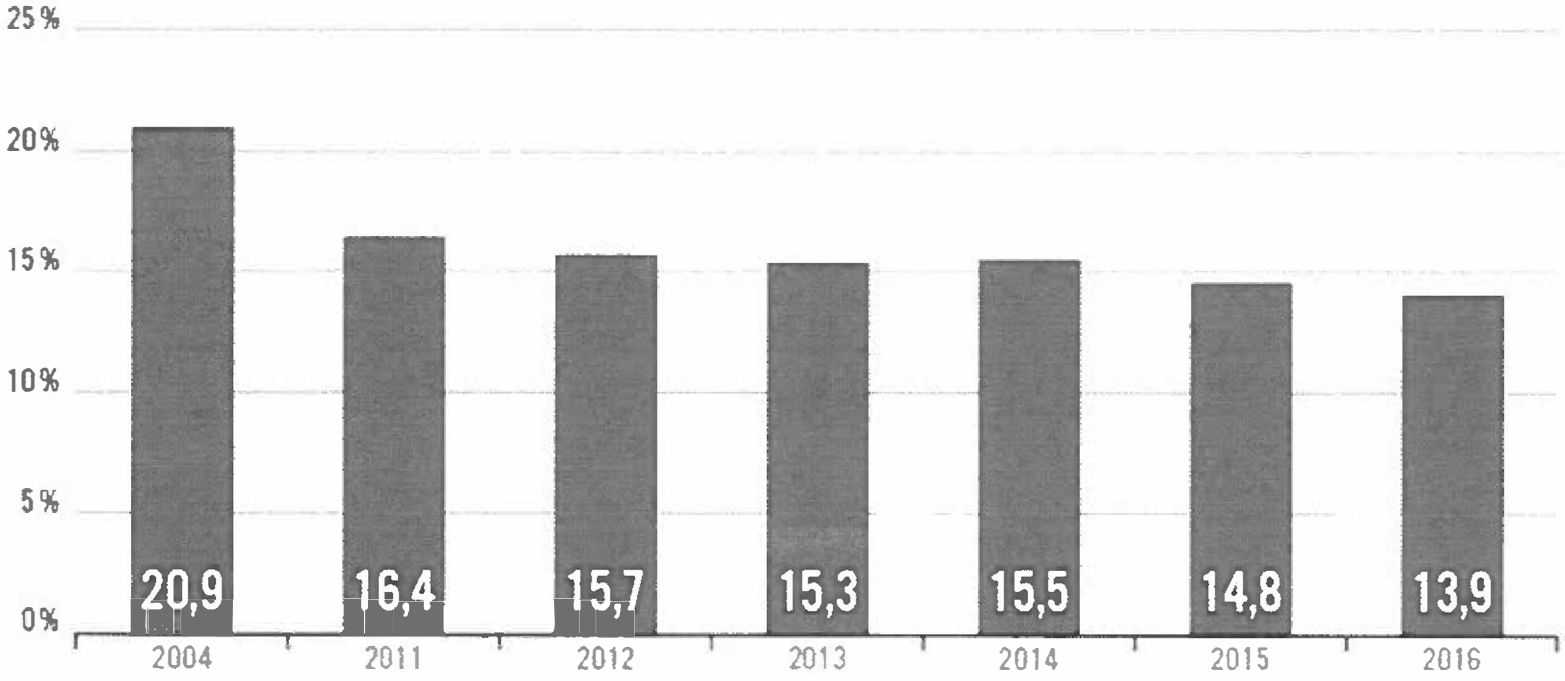
Taux de faible revenu (%)





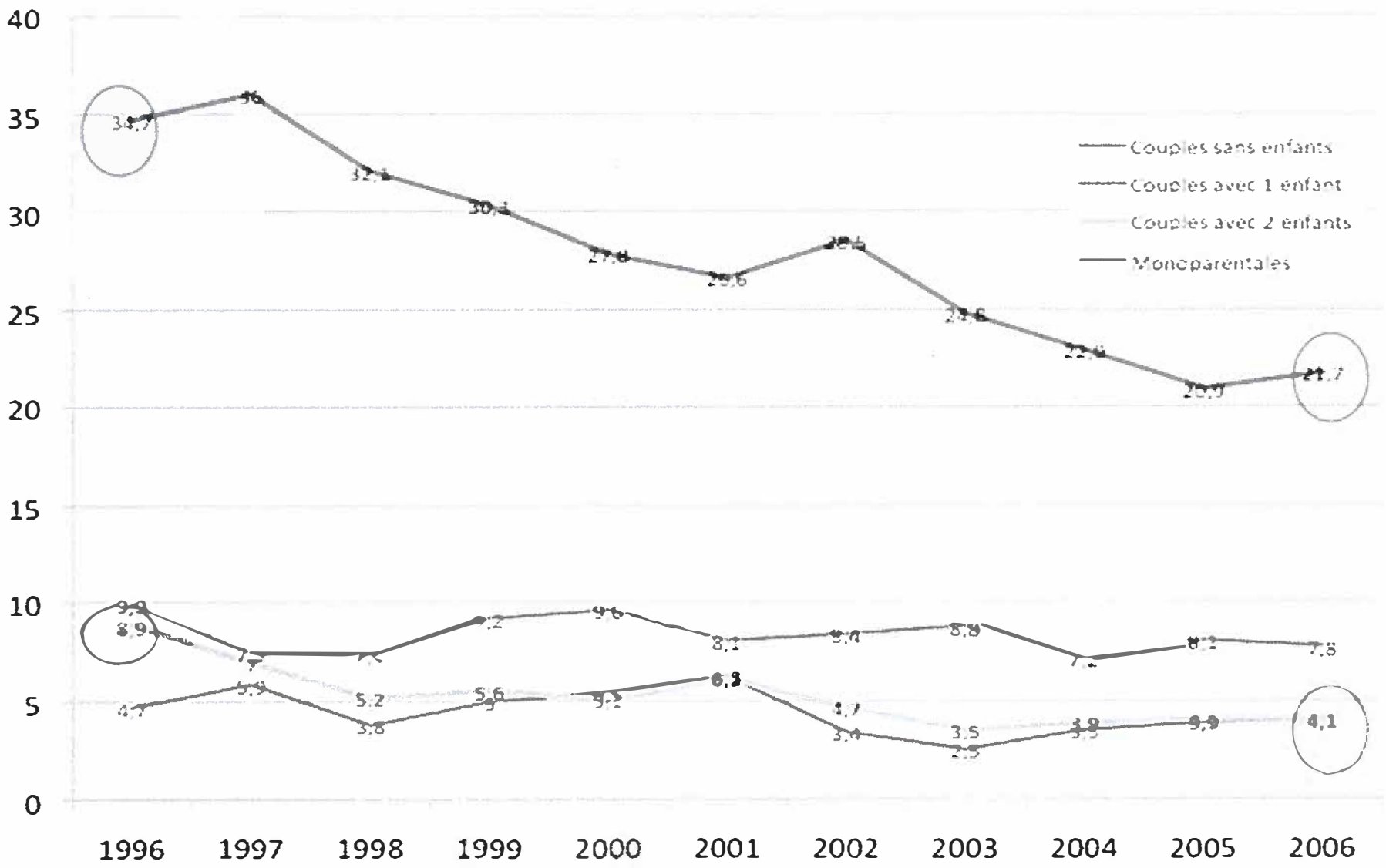
La proportion de tout-petits vivant dans une famille à faible revenu est passée de **20,9 %** à **13,9 %** de 2004 à 2016.

Proportion d'enfants du Québec de 0 à 5 ans vivant dans une famille à faible revenu de 2004 à 2016



Source : Statistique Canada, Fichier sur les familles T1 (FFT1), adapté par l'Institut de la statistique du Québec

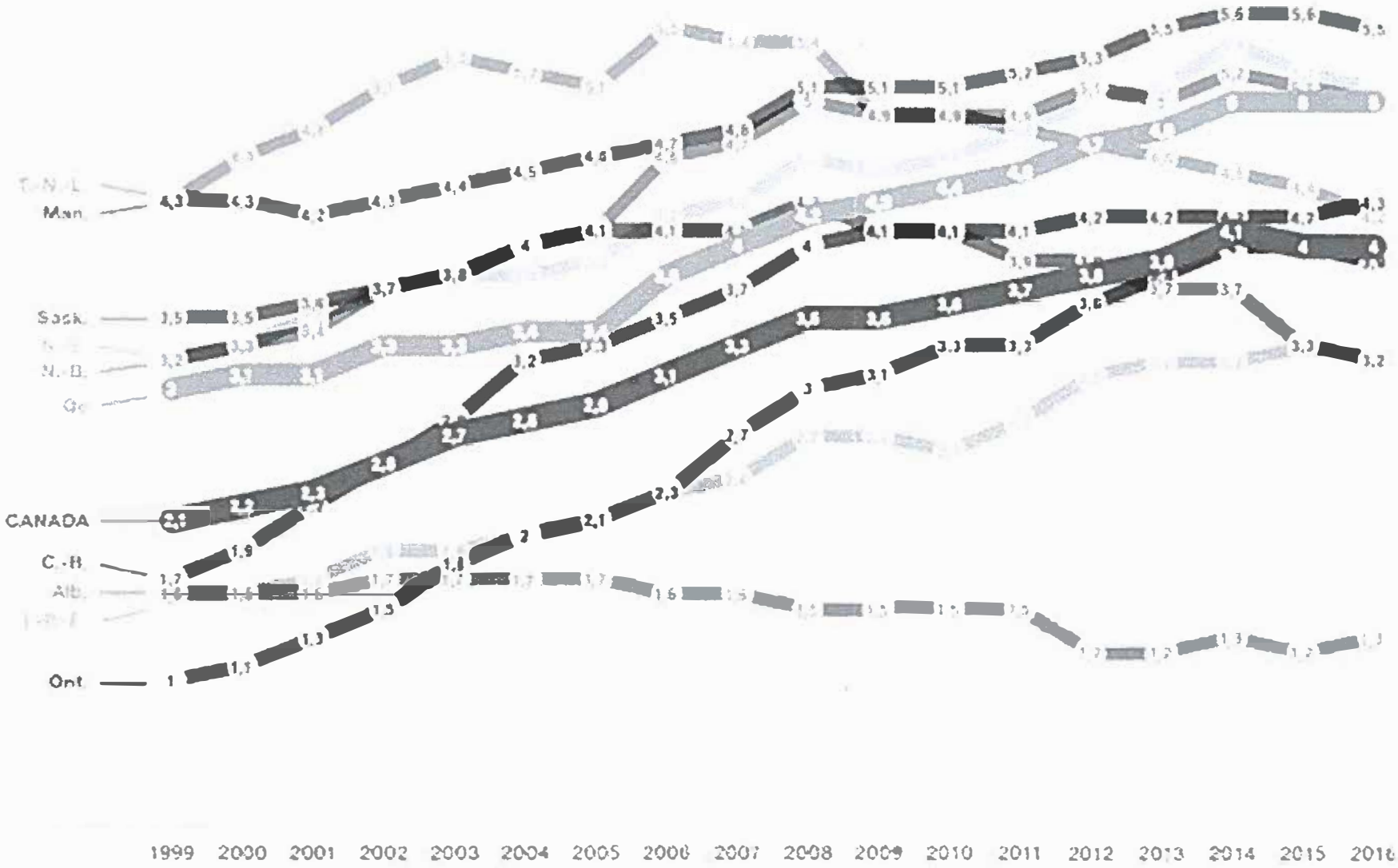
Taux (%) de familles dont le revenu est inférieur de 50% au familial médian



Pauvreté, précarité, revenus viables

Persistance de la pauvreté (8 ans sur 8), selon la mesure du faible revenu, au Canada et dans les provinces

% de la population totale

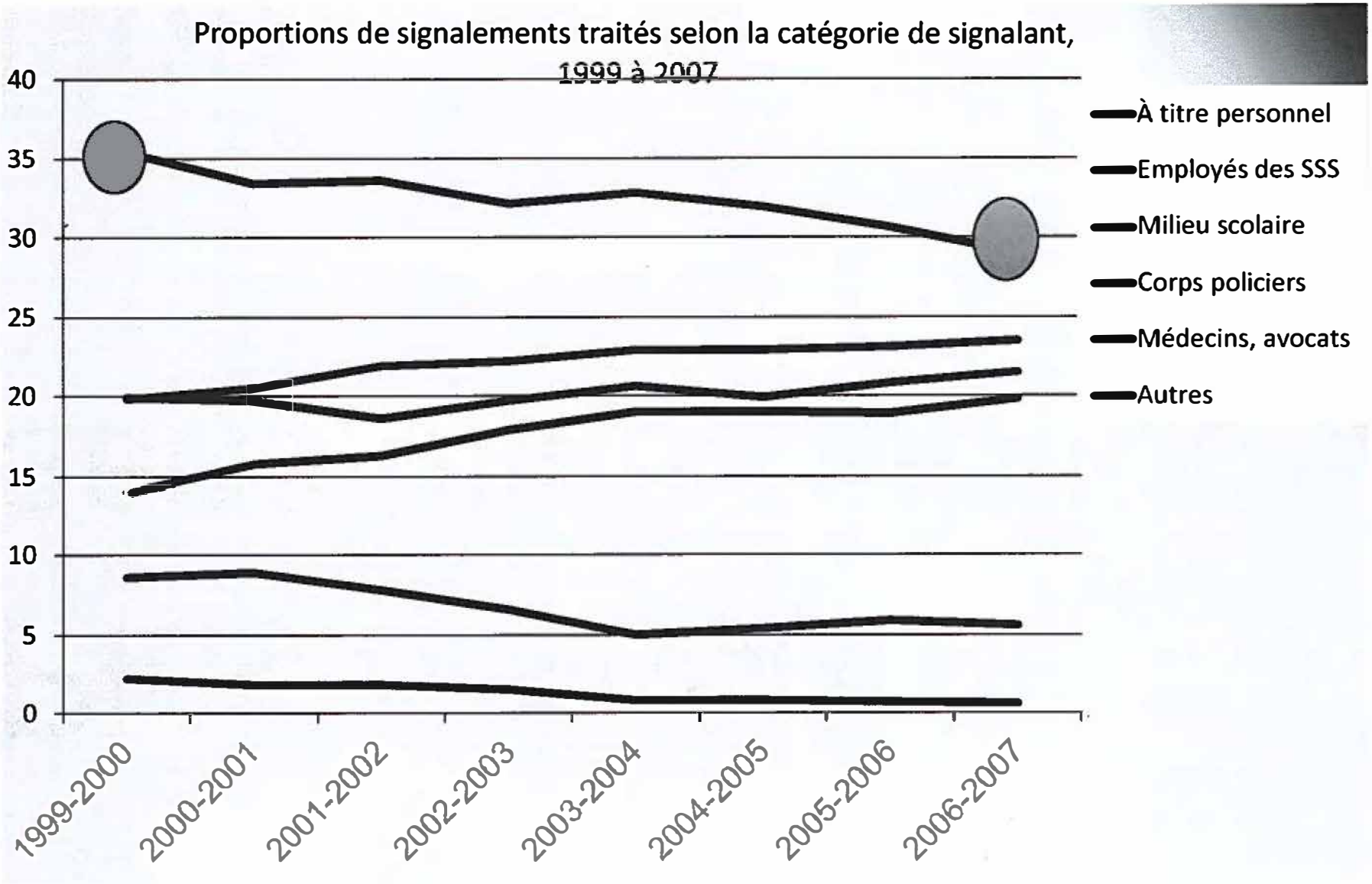


Source : Statistique Canada, fichiers

Plus grande sensibilité publique

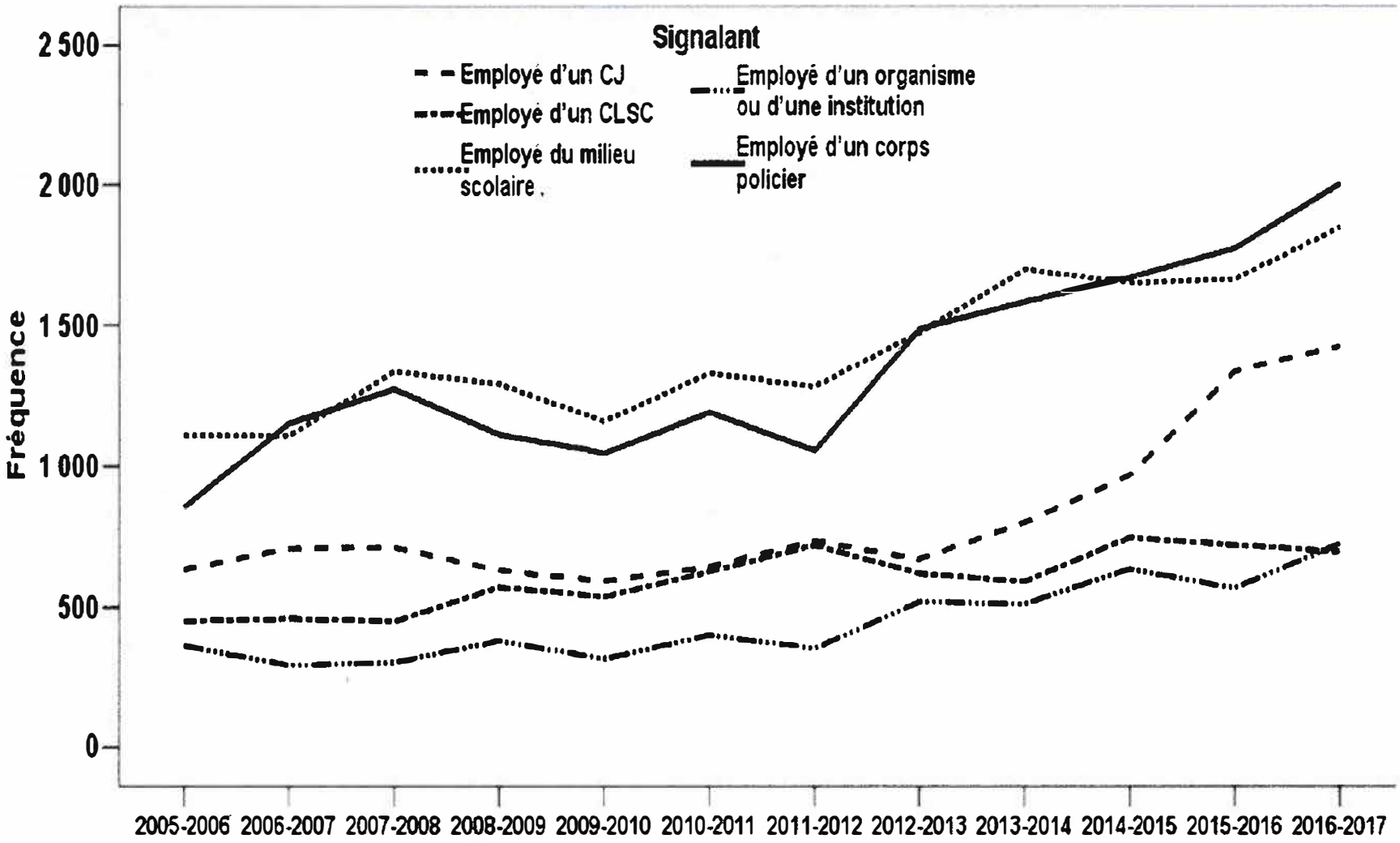
Non.

✓ Plus grande sensibilité publique ?



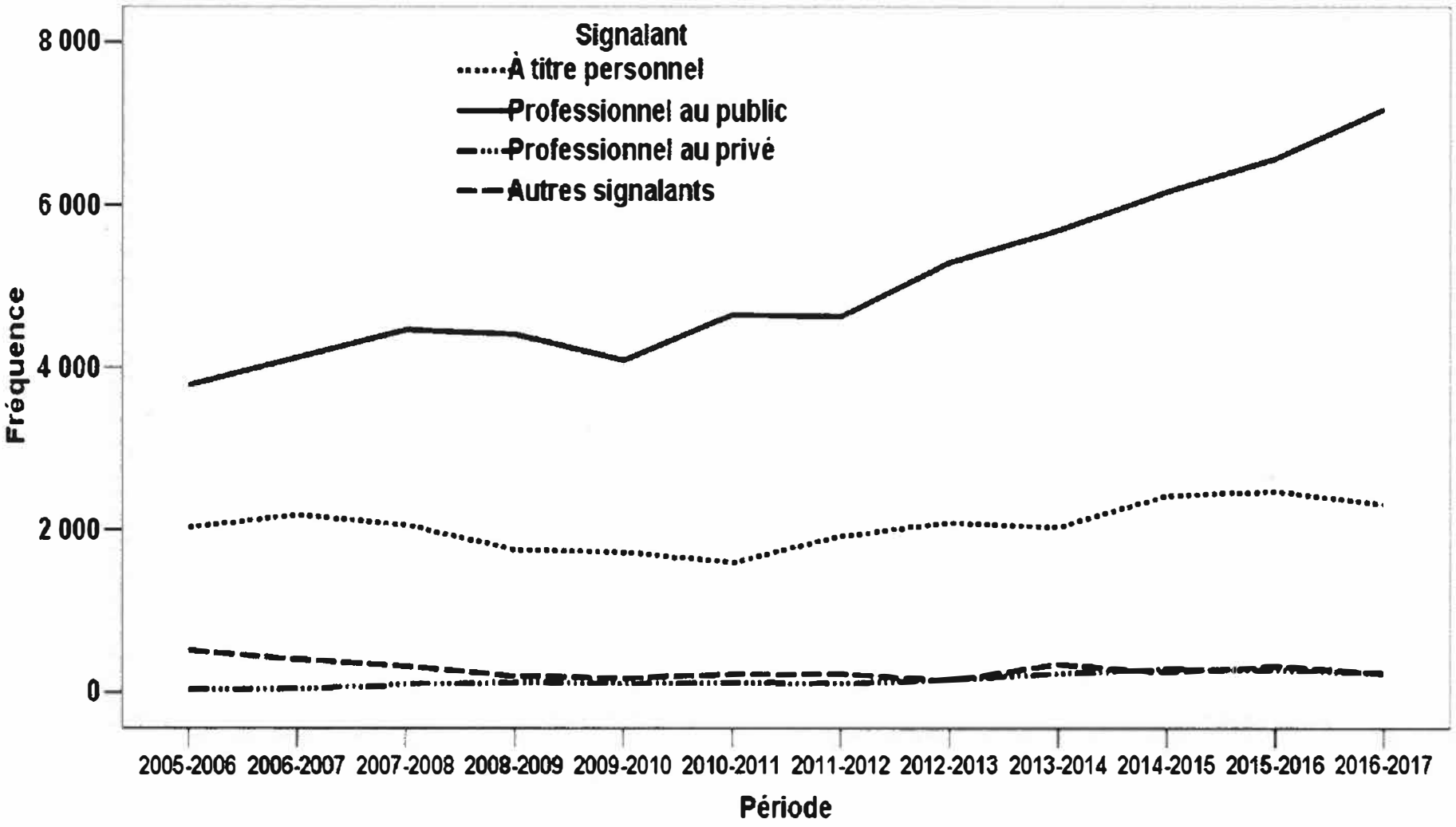
✓ Plus grande sensibilité publique ?

Figure 5
Signalements provenant des employés du secteur public selon le secteur entre 2005 et 2017



Capitale Nationale

Signalements reçus entre 2005 et 2017 en fonction de la catégorie de signalants



Capitale Nationale

Des services de proximité préventifs déficients?

Très

SIPPE: un programme inspiré de pratiques éprouvées

- Le nurse-home visiting program par Olds

- Les impacts à court et long terme de ce programme sont nombreux

  - ✓ Moins d'abus et de négligence envers les enfants
  - ✓ Des accouchements moins rapprochés
  - ✓ Mois de dépendance à l'aide sociale
  - ✓ Moins de problèmes reliés à l'alcool ou à la toxicomanie
  - ✓ Moins d'arrestations

- ✓ SIPPE: un programme de prévention éprouvé mais modifié et dilué (ex: SIPPE, 2011, 2014)
  - Rencontres au CSSS au lieu de à la maison
  - Rencontres de groupes ajoutées sans évaluation
  - Téléphones au lieu de rencontres en face-à-face
  - Manque d'intensité dans la fréquence des visites/rencontres
  - Décrochage plus rapide des familles les plus vulnérables
  - Collaborations non systématisées entre les services et programmes
  - Statut variable des intervenants vs infirmières
  - Manque de supervision clinique pour les infirmières et agentes communautaires
  - Manque de formation continue
  - Élargissement du programme à d 'autres clientèles sans données probantes
  - Nouveau cadre de référence (2019) qui ne respecte pas les paramètres des pratiques éprouvées

- ✓ Déploiement inégal et variable du programme NÉGLIGENCE
- ✓ Arrimage très incertain entre les programmes SIPPE et NÉGLIGENCE
- ✓ Très peu d'évaluation d'impact de ces programmes tels qu'implantés au Québec
- ✓ Manque manifeste de ressources de proximité dans les régions ressources

- Création du Programme de perception automatique de la pension alimentaire (Papa)
- Création des services de garde éducatifs à tarifs réduits
- Mise sur pied du programme de *Naître égaux et grandir en santé*, puis *Services intégrés en périnatalité et petite enfance* (SIPPE) 1996
- *Agir tôt, AIDES*
- Création et implantation du programme de prévention du *Syndrôme du bébé secoué*
- Adoption de la loi sur la lutte à la pauvreté et à l'exclusion
- Programme de soutien aux enfants
- Programme de soutien à l'emploi
- Loi sur l'équité salariale
- Création de l'Assurance parentale
- Création du *Fonds pour le développement du jeune enfant*
- Financement important de l'État en soutien au développement d'un réseau de *Centres de pédiatrie sociale*
- Crédit d'impôt de solidarité
- Programme de prévention du décrochage scolaire (CREPAS) (VISAJ) Michel Perron

- Diminution importante de la pauvreté chez les familles avec jeunes enfants
- Diminution spectaculaire du pourcentage de familles monoparentales à l'aide sociale
- Augmentation fulgurante des enfants fréquentant un service de garde de qualité variable cependant
- Retour massif des femmes sur le marché du travail
- Utilisation de plus en plus importante des congés de paternité dans le cadre de l'AP
- Diminution importante du décrochage scolaire 22,5% à 13,5% entre 2000 et 2014 (-44%)
- Augmentation graduelle de taux de diplômation sur 7 ans au secondaire (70,4 à 81,8) entre et 2004 et 2017 (+16%)

LEDEVOIR

Libre opinion - N'ignorez pas le cri d'alarme des travailleuses sociales!

Texte collectif
juillet 2013 Libre opinion
Libre opinion

Arrêté aux aurores, 14 chefs d'accusation portés contre lui, Michael Applebaum a pris toute la place médiatique, le 17 juin dernier. Ou presque toute la place. Durant cette même journée, les dizaines de travailleuses sociales ont occupé la rue pour manifester leur désarroi et leur frustration devant les compressions dans le budget des Centres jeunesse de Montréal. Sur trois ans, 11 millions de compressions et, selon certaines estimations, 150 postes fermés. Cette trop rare manifestation publique du ras-le-bol des intervenantes n'aura été audible et visible que quelques petites heures, balayée qu'elle fut par le raz-de-marée Applebaum. Ainsi va la vie médiatique : l'appel des intervenantes oeuvrant auprès des enfants les plus vulnérables ne fait pas le poids devant le scandale politique.

Et, il n'y a pas que Montréal : de nombreux autres Centres jeunesse subissent les contrecoups de les compressions ou de sous-financement chronique. Alors que le temps d'attente pour évaluer les signalements avait diminué, il s'est remis à grimper dans plusieurs Centres jeunesse durant les dernières années. Des témoignages de plus en plus nombreux font également état des conséquences qu'entraîne le manque de personnel sur la qualité des services offerts à ces enfants et à leurs familles biologiques ou d'accueil.

Ces compressions et ce manque chronique de ressources se manifestent alors que le nombre de signalements est en augmentation constante : 10 000 de plus par année, en moyenne, depuis 2006. Plus de 77 400 en 2012. Depuis 2000, le taux d'enfants signalés a augmenté de 58 % pour se chiffrer à 5 enfants sur 100, et dans certaines régions, à plus de 10 enfants sur 100. De tels chiffres mobiliseraient à coup sûr la population et, au premier chef, la Direction de la santé publique, s'il s'agissait de la grippe aviaire ou du SRAS. Mais la détresse des enfants n'est apparemment pas contagieuse et ce qui n'est pas contagieux ne nous menace pas, pensons-nous. Nous avons tout faux. Il ne s'agit pas de contagion, c'est vrai, mais, pire, il s'agit de l'intoxication de la vie de milliers d'enfants, une intoxication dont l'impact pernicieux se répercute jusque dans leur vie d'adultes qui risquent de se camper à la marge de la société qui en paiera finalement le prix aussi.

La détresse des enfants maltraités témoigne en effet de la présence importante de vecteurs toxiques dans leur vie : manque de ressources familiales, bouleversements économiques (comme ceux de la crise forestière ou du boum minier, par exemple), affaiblissement, dislocation ou absence de solidarités locales, isolement des parents, violence conjugale, toxicomanie, problèmes de santé mentale, les éléments toxiques ne manquent pas. Comme ne manquent pas non plus les menaces

qui pèsent sur le développement et la sécurité des enfants autochtones dont le taux de pauvreté est de quatre à cinq fois plus élevé que celui des allochtones et dont les communautés doivent en même temps subir les contrecoups dévastateurs d'une acculturation brutale.

Programmes de prévention

Depuis la publication du rapport Un Québec fou de ses enfants en 1991, les gouvernements et la population du Québec ont consenti à de grands efforts en matière de politiques familiales et sociales. Le taux de familles pauvres comptant de jeunes enfants a considérablement diminué, les services de garde éducatifs se sont déployés et les congés parentaux profitent à des dizaines de milliers de familles. Mais, nous avons encore énormément à faire au regard de nos enfants les plus vulnérables qui, soulignons-le, seraient encore plus nombreux si ce n'avait été de ces gains des vingt dernières années.

Il est désormais grandement temps que la protection des enfants vulnérables devienne une priorité nationale de santé publique et que l'on fasse notamment le point sur l'accessibilité et l'efficacité de nos programmes de prévention. Il est temps aussi que la population de chaque communauté se donne comme objectif de prévenir radicalement la maltraitance envers ses enfants et ses jeunes. Et pour y arriver, il est temps que le gouvernement du Québec fasse montre de leadership et qu'il convoque des États généraux sur la situation des enfants vulnérables du Québec.

Nous ne pouvons plus ignorer ni tolérer l'augmentation constante des taux d'abus et de négligence de nos enfants et le manque chronique de ressources qui menacent lourdement le développement et la sécurité de milliers de nos enfants. Nous ne pouvons non plus ignorer le découragement, le désarroi et l'épuisement des professionnels de l'intervention sociale qui doivent se mesurer à des situations à la fois urgentes, complexes et accablantes et à qui on demande de travailler dans un environnement qui rappelle la Cour des Miracles.

Ont signé ce texte : Camil Bouchard (psychologue, ancien député de Vachon et consultant), Line Beaulieu (intervenante sociale et vice-présidente FSSS), Yvon Gauthier (pédopsychiatre retraité, Sainte-Justine), Gloria Jéliu (pédiatre retraitée, Sainte-Justine), Marie-Claude Larrivée (psychologue et consultante), André Lebon (psychoéducateur et consultant), Jeanne D'arc Roy (intervenante sociale)

Libellés

Loi services de santé et services sociaux

373. Le directeur de santé publique est responsable dans sa région:
1° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
2° d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
3° d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
4° d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.
Le directeur de santé publique est également responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique.
Le directeur assume, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2).
1991, c. 42, a. 373; 1998, c. 39, a. 110; 2001, c. 24, a. 60; 2001, c. 60, a. 167; 2002, c. 38, a. 11; 2005, c. 32, a. 227; 2017, c. 21, a. 45.

374. Le directeur exerce tout autre mandat que l'agence peut lui confier dans le cadre de ses fonctions.
1991, c. 42, a. 374; 2005, c. 32, a. 227.

375. Le directeur doit informer sans retard le directeur national de santé publique de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé de la population.
1991, c. 42, a. 375; 2001, c. 24, a. 61.

375.0.1. Le directeur national de santé publique peut demander à un directeur de santé publique de lui rendre compte de décisions ou avis en matière de santé publique qu'il prend ou donne dans l'exercice de ses fonctions.
2001, c. 24, a. 61; 2001, c. 60, a. 167.

Loi sur la santé publique

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

7. En conformité avec le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 431.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministre élabore un programme national de santé publique qui encadre les activités de santé publique aux niveaux national, régional et local.
Le ministre doit évaluer les résultats de son programme et le mettre à jour régulièrement. Il en assure la coordination nationale et interrégionale.
2001, c. 60, a. 7; 2005, c. 32, a. 291.

8. Le programme national de santé publique doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne:
1° la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants;
2° la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population;
3° la promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population;
4° la protection de la santé de la population et les activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction.
Le ministre peut ajouter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne tout autre aspect de santé publique qu'il estime nécessaire ou utile d'inclure au programme.
Dans l'élaboration des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion, le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population.

CHAPITRE VI
PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
SECTION I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

53. Pour prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population, le ministre, les directeurs de santé publique et les établissements exploitant un centre local de services communautaires, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peuvent notamment:
1° tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population;
2° favoriser et soutenir auprès des professionnels de la santé la pratique de soins préventifs;
3° identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;

4° mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables;
5° promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes;
6° soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être.
2001, c. 60, a. 53.

Loi sur la santé publique

55. Lorsqu'un directeur de santé publique constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances.
Les autorités ainsi invitées sont tenues de participer à cette recherche de solution.
Lorsque l'une de ces autorités est un ministère ou un organisme du gouvernement, le directeur de santé publique ne peut lui demander formellement de participer à la recherche d'une solution, sans en avoir préalablement avisé le directeur national de santé publique.
2001, c. 60, a. 55.