

Recension de données scientifiques, contextuelles et expérientielles dans le cadre des travaux de révision des standards de pratique en PJ

Rapport synthèse

Institut universitaire Jeunes en difficulté
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Mai 2020

Organisation responsable du projet

Ministère de la Santé et des Services sociaux - Direction générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse.

Membres du comité de travail à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD)

Denis Lafortune*, directeur scientifique de l'IUJD et professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal

Élisabeth Lesieux*, coordonnatrice de la recherche, IUJD

Martine Bouchard, chef de service, IUJD

Sophie Couture*, chercheure d'établissement, IUJD

Madeleine Dionne, consultante experte

Michelle Dionne, consultante-experte, ancienne Directrice de la protection de la jeunesse de Montréal

Védelie Grandin, technicienne en recherche psychosociale, IUJD

Sophie T. Hébert*, chercheure d'établissement, IUJD

Dominique Jobin, consultante-experte, ancienne Directrice de la protection de la jeunesse de la Capitale-Nationale

Catherine Julien, conseillère au développement de la recherche, CRUJeF

Chantal Lavergne*, chercheure d'établissement, IUJD

Christine Maltais*, agente de planification, de programmation et de recherche, UETMI, CCSMTL

Sophie Massé* chargée de projets clinico-scientifiques, Centre d'expertise de l'IUJD

Véronique Noël*, chargée de projets clinico-scientifiques du Centre d'expertise de l'IUJD

Marie-Noele Royer*, agente de planification, de programmation et de recherche, IUJD

Janet Sarmiento*, agente de planification, de programmation et de recherche, IUJD

() : personnes ayant rédigé des sections*

Référence proposée pour citer ce document : Lafortune, D., Lesieux, É., Noël, V., Royer, M.N., Sarmiento, J., Couture, S. Maltais, C., Tremblay-Hébert, S., Lavergne, C. et Massé, S. (2020). *Recension de données scientifiques, contextuelles et expérientielles dans le cadre des travaux de révision des standards de pratique en Protection de la jeunesse*. Montréal: Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud de Montréal.

Mots clés : Services sociaux – protection de la jeunesse – standards de pratique – conditions de pratique –implantation - processus clinique.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	VII
MISE EN CONTEXTE	1
SECTION 1 : DONNÉES SCIENTIFIQUES	4
INTRODUCTION	5
1. Conditions d'implantation de pratiques fondées sur les données probantes en contexte de protection de la jeunesse	6
1.1. Méthodologie	6
1.2. Résultats	7
1.2.1. Processus d'implantation	7
1.2.2. Modèles (ou stratégies) d'implantation efficaces	8
1.2.3. Mise à l'épreuve empirique de différents modèles d'implantation	10
1.2.4. Capacités organisationnelles et préparation au changement	13
1.3. Principaux constats	16
1.4. Références bibliographiques	20
2. Méthodes d'évaluation et prise de décision en contexte de protection de la jeunesse	22
2.1. Introduction	22
2.1.1. Évaluation, prise de décisions et jugement professionnel	22
2.1.2. Fidélité et validité des méthodes d'évaluation	23
2.1.3. Critères méthodologiques	24
2.2. Méthodologie	25
2.3 Résultats	25
2.3.1. Prise de décision structurée	25
2.3.2. Instruments d'évaluation des risques	26
2.3.3. Prise de décision partagée	27
2.3.4. Prise de décision en groupe familial	28
2.3.5. Contextes organisationnels, voire nationaux	28
2.4. Principaux constats	30
2.5. Références bibliographiques	32
SECTION 2 : DONNÉES CONTEXTUELLES	36
INTRODUCTION	37
1. Conflits sévères de séparation	38
1.1. Mise en contexte	38
1.2. Méthodologie	38
1.3. Résultats	39
1.3.1. Enjeux ou défis actuels liés à l'intervention impliquant des CSS	39
1.3.2. Pistes de solution pour soutenir l'intervention impliquant des CSS	43
1.4. Principaux constats	44
1.5. Références bibliographiques	46

2. Santé mentale, services médicaux et pharmacothérapie	47
2.1. Terminologie	47
2.2. Prévalence et portrait des troubles mentaux plus courants	48
2.2.1. Trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité	49
2.2.2. Trouble dépressif	49
2.2.3. Prodrome de trouble bipolaire	49
2.3. Soins et services en santé mentale	50
2.3.1. Prédicteurs de l'utilisation des soins et services en santé mentale	50
2.3.2. Obstacles à l'utilisation des soins et services en santé mentale	50
2.4. Usage de médicaments psychotropes	51
2.4.2. Médicaments psychotropes et placement extrafamilial	51
2.4.3. Effets secondaires et observance des prescriptions	52
2.5. Principaux constats	52
2.6. Références bibliographiques	55
3. Utilisation des réseaux sociaux par les jeunes	59
3.1. Mise en contexte	59
3.2. Méthodologie	59
3.3. Résultats	61
3.3.1. Quelques concepts clés	61
3.3.2. Enjeux cliniques et risques liés à l'utilisation des réseaux sociaux chez les jeunes	62
3.3.3. Gestion des risques liés à l'utilisation des réseaux sociaux	63
3.4. Principaux constats	65
3.5. Références bibliographiques	67
4. Enfants immigrants, réfugiés ou issus des communautés autochtones et leurs familles	69
4.1. Mise en contexte	69
4.2. Méthodologie	70
4.3. Résultats	70
4.3.1. Intervention auprès des enfants immigrants ou réfugiés et leur famille	71
4.3.2. Recommandations sur les pratiques prometteuses à privilégier	75
4.3.3. Interventions auprès des enfants autochtones et de leurs familles	78
4.3.4. Recommandations sur les pratiques prometteuses à privilégier	80
4.4. Principaux constats	82
4.4. Références bibliographiques	84
5. Exploitation sexuelle des jeunes	86
5.1. Mise en contexte	86
5.2. Méthodologie	86
5.3. Résultats	87
5.3.1 Facteurs de risque de l'exploitation sexuelle à connaître	87
5.3.2 Enjeux à considérer dans la réponse des services en matière d'exploitation sexuelle	89
5.3.3 Pratiques à promouvoir en contexte d'exploitation sexuelle	90
5.4. Principaux constats	91
5.5. Références bibliographiques	93

6. Coordination des services de 1^{re} et 2^e lignes	94
6.1. Mise en contexte	94
6.2. Méthodologie	94
6.3. Résultats	95
6.3.1 Enjeux cliniques liés à la coordination des services	95
6.3.2 Modèle de coordination des services	97
6.4. Principaux constats	98
6.5. Références bibliographiques	100
7. Rétention du personnel	101
7.1. Mise en contexte	101
7.2. Méthodologie	101
7.3. Résultats	102
7.3.1. Rétention et roulement chez les intervenants en protection de la jeunesse	102
7.3.2. Résilience et épuisement professionnel	103
7.3.3. Pratiques d'intervention favorisant la rétention du personnel	104
7.4. Principaux constats	106
7.5. Références bibliographiques	108
SECTION 3: DONNÉES EXPÉRIENTIELLES	109
INTRODUCTION	110
1 Méthodologie	111
1.1. Objectifs des entretiens de groupe	111
1.2. Recrutement des participants et déroulement des entretiens	112
1.3. Échantillon	113
1.4. Stratégie d'analyse des données qualitatives	113
1.5. Limites et portée des résultats	114
2. Résultats	115
2.1. Regards sur les standards de pratique	115
2.1.1. Impressions générales des intervenantes	115
2.1.1.4. Les impacts du contexte actuel sur l'atteinte des standards de pratique	118
2.1.2. Particularités des standards selon les étapes du processus clinique	121
2.1.2.3. Application des mesures	128
2.2. Les nouvelles réalités sociales	135
2.2.1. Conflits sévères de séparation	135
2.2.3. Santé mentale et problèmes concomitants	136
2.2.3. Utilisation des réseaux sociaux	137
2.2.4. Communautés ethnoculturelles et réfugiés	138
2.2.5. Exploitation sexuelle	139
2.2.6. Autres réalités sociales	140
2.3. Les réalités organisationnelles	140
2.3.1. Les enjeux liés à la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée	140
2.3.2. Les conditions de travail	145
2.3.3. Les conditions de pratique	149

2.3.4. Les enjeux liés à la dispensation des services : accessibilité et continuité	159
2.4. Les enjeux législatifs	163
2.4.1. Les familles d'accueil et la LRR	163
2.4.2. Les familles d'accueil de proximité	164
2.4.3. La complexité de la confidentialité des informations personnelles	165
2.4.4. La méconnaissance de la LPJ	166
2.5. Les enjeux concernant la sphère judiciaire	166
2.5.1. Les rôles complets et le report des audiences	166
2.5.2. Les pratiques différentielles des districts judiciaires	167
2.5.3. Le nécessaire dialogue entre les milieux sociaux et judiciaires	168
3. Principaux constats	169
3.1. La nécessité de réviser les standards	169
3.2. La nécessité de reconnaître le caractère spécifique de l'intervention en PJ	170
3.3. Les enjeux de collaboration avec les partenaires	171
4. Bibliographie	173
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	174
ANNEXES	177
Annexe 1 – Obligations, principes et recommandations tirés du Manuel de référence sur la Protection de la Jeunesse (2010)	178
Section 1 - La famille	178
Section 2 - Le soutien à la famille	179
Section 3 - Les fondements de la Loi sur la protection de la jeunesse	179
Section 4 - Le concept de protection et les situations visées par la Loi	180
Section 5 - Le processus d'intervention	182
Section 7 – Les plans d'intervention	185
Section 8 - La continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie	186
Section 9 - L'hébergement en unité d'encadrement intensif	186
Annexe 2 – Modèles d'implantation (Hanson et al, 2016; Albers et al, 2017)	187
Annexe 3 – Descriptif des études incluses dans la revue sur les conflits sévères de séparation	191
Annexe 4 - Descriptif des études incluses dans la revue rapide sur les réseaux sociaux	193
Annexe 5 - Descriptif des études incluses dans la revue rapide sur l'exploitation sexuelle	195
Annexe 6 - Descriptif des études incluses dans la revue rapide sur la coordination des services	196
Annexe 7 - Entretiens de groupe - Fiche d'information destinée aux participants	197
Annexe 8 - Entretiens de groupe – Questionnaire socio-démographique	204
Annexe 9 - Entretiens de groupe – Formulaire de consentement	205

LISTE DES ACRONYMES

ACJQ : Association des Centres Jeunesse du Québec

AM : Application des mesures

CI : Centres intégrés

CISSS : Centres intégrés de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CR : Centre de réadaptation

CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

CRUJEF : Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles

CSS : Centres de services sociaux

DPJ : Direction de la protection de la Jeunesse

DPJ-DP : Directeur de la protection de la jeunesse - Directeur provincial

DPJe : Direction du programme jeunesse

É-O : Évaluation-Orientation

FA : Famille d'accueil

FAP : Famille d'accueil de proximité

INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux.

IUJD : Institut Universitaire Jeunes en difficulté

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LRR : 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 et modifiant certaines dispositions législatives

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

PFAP : Postulant famille d'accueil de proximité

PI : Plan d'intervention

PIJ : Projet intégration jeunesse

PJ : Protection de la jeunesse

PNF : Programme national de formation

RTS : Réception et traitement des signalements

SAC : Spécialiste en activités cliniques

SSP : Système de soutien à la pratique

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

VCT : Vérifications complémentaires terrain

MISE EN CONTEXTE

Les standards de pratique en PJ ont été définis et implantés en 1988 à l'échelle du Québec à la suite du rapport Harvey (1988). Trente ans plus tard, de nouvelles réalités sociales sont venues teinter les pratiques dans le domaine de la Protection de la Jeunesse (PJ). Deux projets de loi ont modifié la LPJ de façon substantielle et des changements législatifs majeurs ont été apportés concernant les ressources de type familiales, les ressources intermédiaires, de même que l'adoption.

Plus récemment, une réorganisation en profondeur du réseau de la santé et des services sociaux a modifié de manière considérable la prestation des services en PJ. On note enfin une hausse continue des signalements depuis les dernières années. Dans ce contexte, il apparaît impératif d'entreprendre des travaux de réflexion sur les standards de pratique utilisés en PJ.

Le tableau sur la page suivante présente les standards actuellement appliqués ainsi que leur provenance.

Provenance des standards actuels en protection de la jeunesse

Description		Standard	Provenance du standard
Durée moyenne de traitement des signalements		3 jours ouvrables	Harvey I (1988). Pas indiqué comme tel dans les orientations 2007-2012. Par contre, on mentionne que les pratiques professionnelles doivent être conformes, notamment, au Rapport Harvey.
Nombre d'heures de traitement d'un signalement ¹		3 heures	Harvey I (1988). Pas indiqué comme tel dans les orientations 2007-2012. Par contre, on mentionne que les pratiques professionnelles doivent être conformes, notamment, au Rapport Harvey.
Délai entre la rétention du signalement et le 1er contact à l'évaluation (Harvey I, page 33) ¹	Code 1	immédiat	Harvey I et inscrit dans les orientations ministérielles 2007-2012.
	Code 2	24 heures	
	Code 3	4 jours	
Délai moyen de réalisation de l'évaluation*		12 jours	Inscrit dans les Orientations ministérielles 2007-2012.
Nombre d'heures pour effectuer l'évaluation		30 heures	Inscrit dans les Orientations ministérielles 2007-2012.
Nombre d'évaluations par équivalent temps complet par année		52 éval.	Inscrit dans les Orientations ministérielles 2007-2012.
Délai moyen entre la fin de l'orientation et le 1er contact à l'application des mesures		30 jours	Inscrit dans les Orientations ministérielles 2007-2012.
Durée moyenne maximale en mois de l'application des mesures		24 mois	Dans les Orientations ministérielles, on mentionne une durée moyenne, de 24 mois à l'application des mesures. Il n'y a pas de notion de durée moyenne maximale (qui, de toute façon, ne fait pas de sens).
Intensité des services à l'application des mesures : Durée de l'intervention directe avec l'enfant, les parents ou la famille		60 à 90 min. / 2 sem.	Inscrit dans les Orientations ministérielles 2007-2012

* Le rapport Harvey prévoit un délai maximum de 11 jours ouvrables entre la décision de retenir un signalement et la décision sur la sécurité et le développement (évaluation). Par ailleurs, ce qui fait l'objet d'un suivi de la part du MSSS, ce n'est pas le délai moyen de réalisation de l'évaluation, mais bien le délai d'attente entre la décision de retenir le signalement et le début de l'évaluation.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'IUJD, l'INESSS et le CRUJeF le mandat d'effectuer la collecte et la synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles nécessaires à la révision des standards de pratique en protection de la PJ.

Le présent rapport présente les travaux réalisés par l'IUJD dans le cadre de ce mandat, soit :

Données issues de la littérature scientifique :

- 1) Une recension des études (10 dernières années) portant sur les conditions nécessaires à l'implantation de pratiques basées sur des données probantes (PDP) dans des organisations complexes (voir p. 6-21).
- 2) Une recension des études (10 dernières années) portant sur les méthodes soutenant l'évaluation et la prise de décision en contexte de Protection de la Jeunesse (p. 21-35).

Données contextuelles : issues du contexte d'implantation (soit les conditions d'applicabilité, de faisabilité et d'accessibilité):

- 3) Collaborer avec le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale Nationale (CIUSSS-CN) pour produire une brève synthèse de l'état de la situation en protection de l'enfance au Québec (autre document).
- 4) Identifier quelques changements sociaux et organisationnels récents qui peuvent éclairer l'évolution du portrait et de la trajectoire des enfants desservis (p. 36-108).

Données expérientielles : issues de l'expérience clinique des professionnels œuvrant en protection de la jeunesse

- 5) Mener et analyser des entretiens de groupe permettant de documenter la représentation que se font les intervenants:
 - 5.1) des standards de pratique, la place qu'ils leur accordent dans leur pratique et les nouveaux standards qu'ils proposent;
 - 5.2) ce qui doit actuellement être amélioré ou harmonisé à l'étape du processus clinique où ils interviennent;
 - 5.3) les nouvelles réalités sociales, ou celles propres à leur travail, rencontrées à l'étape du processus clinique où ils interviennent;
 - 5.4) les conditions et soutiens dont ils ont besoin (ex. : organisationnels ou en matière de pratique) afin de bien remplir leur mission à l'étape du processus clinique où ils interviennent et les pistes d'amélioration qu'ils suggèrent (p. 109-173)

A ces cinq contributions, nous avons jugé nécessaire d'ajouter

- 6) Une analyse de contenu du *Manuel de référence sur la Protection de la Jeunesse (2010)*. Elle se trouve dans l'Annexe 1 (p.177-186).

SECTION 1 : DONNÉES SCIENTIFIQUES

Conditions d'implantation de pratiques fondées sur les données probantes en contexte de Protection de la Jeunesse : survol de la littérature

Méthodes d'évaluation et prise de décision en contexte de Protection de la Jeunesse

INTRODUCTION

Cette section présente les données scientifiques issues de deux recensions : une première sur les conditions d'implantation de pratiques fondées sur les données probantes en contexte PJ; une deuxième sur les méthodes et prise de décision dans le même contexte. Ces deux recensions visent à outiller les membres du comité d'experts, en mettant notamment en lumière des enjeux spécifiques de l'intervention en PJ, de même que ceux qui s'imposeront lors de l'implantation de nouveaux standards de pratique.

1. CONDITIONS D'IMPLANTATION DE PRATIQUES FONDÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES EN CONTEXTE DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

L'intérêt pour l'implantation de pratiques, programmes ou interventions fondés sur des données probantes (ci-après PDP ou «bonnes pratiques»), n'est pas nouveau comme le montre une imposante littérature scientifique dans le domaine des sciences de la santé et celui des sciences sociales. Dans le deuxième cas, peuvent être donnés en exemple : l'influence de la *Collaboration Campbell*¹, les blueprints de *l'Université du Colorado*², les programmes modèles de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*³ ou ceux de la *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare*⁴. Toutefois le développement des connaissances sur les processus d'implantation eux-mêmes est plutôt récent, encore plus dans le domaine de la protection de la jeunesse (PJ).

Les expériences sur le terrain et la littérature scientifique publiée depuis l'importante recension de Fixsen (et al., 2005) montrent qu'il ne suffit pas de choisir l'approche qui répond le mieux aux besoins identifiés. Il faut aussi s'assurer de la qualité de son implantation. Il importe également de considérer la *préparation au changement* des organisations et des intervenants, soit leur capacité à adhérer, se mobiliser, implanter et pérenniser de nouvelles façons d'intervenir. En somme, un changement de pratique d'envergure dans un contexte comme celui de la PJ ne concerne pas exclusivement les praticiens, mais l'organisation dans son ensemble, ce qui inclut les infrastructures, les cadres et membres de la direction, ainsi que les partenaires cliniques et communautaires.

Afin de mieux outiller les membres du comité d'experts, ce survol rapide de la littérature scientifique s'attarde aux *modèles (ou stratégies) d'implantation* et plus particulièrement à la *préparation au changement* et aux *capacités organisationnelles requises* pour faciliter l'implantation de PDP.

1.1. Méthodologie

Pour cette recension rapide, plusieurs recherches bibliographiques ont été réalisées dans les bases de données PSYCInfo, Social Work Abstracts, Social Sciences Abstracts et Google Scholar en utilisant les mots-clés suivants :

- a) sur les stratégies d'implantation : (implementation and (science or research or framework or strateg*) and evidence-based and (child welfare or foster care)).ab AND (literature review.md.);

¹ <https://campbellcollaboration.org/>

² <https://www.blueprintsprograms.org/>

³ <http://www.modelprograms.samhsa.gov>

⁴ <https://www.cebc4cw.org/registry/topic-areas>

- b) sur les capacités et la préparation au changement: ((Organizational readiness) or Capacity) AND (innovation or implementation) AND (child welfare or child protection)).ab.).

Les recherches visaient les revues systématiques ou synthèses de littérature, ainsi que les articles traitant spécifiquement du domaine de la PJ publiés durant période 2010 – 2020.

Suivant les critères de sélection, sur les 65 articles obtenus, six revues systématiques traitant des modèles d'implantation ont été retenues. Deux études empiriques primaires ont été ajoutées dans la section sur les stratégies d'implantation : la première, américaine, présente les résultats d'implantations à grande échelle des approches sensibles aux traumatismes (Lang et al, 2017⁵), l'autre, québécoise, évalue l'implantation du programme Triple P (Delawarde-Saïas et al., 2018).

Aucune revue systématique portant spécifiquement sur la préparation ou les capacités organisationnelles en contexte de PJ n'a été repérée. Afin d'introduire quelques concepts théoriques importants, deux synthèses provenant des domaines de la santé publique et de la psychologie communautaire ont été sélectionnées (Brownson et al, 2018 ; Scaccia et al, 2015) de même que trois études empiriques récentes qui portent sur la préparation au changement et les capacités d'implantation en contexte de PJ (Gentle-Gibbs et Kim, 2019 ; Winter et al, 2020 ; McCree et al, 2014).

Le présent document offre donc un survol rapide de littérature de huit revues systématiques ou synthèses de littérature et cinq études primaires⁶ portant sur les processus d'implantation ainsi que sur les capacités organisationnelles et la préparation au changement qu'ils requièrent. La présentation des résultats est découpée en trois sections : les processus, modèles et stratégies d'implantation, les capacités organisationnelles et la préparation au changement. Suit un résumé des principaux constats.

1.2. Résultats

1.2.1. Processus d'implantation

« La recherche sur l'implantation est intrinsèquement complexe. Elle implique l'étude des changements systémiques, organisationnels, individuels et sociaux qui se produisent dans des systèmes impliquant patients/usagers, cliniciens/praticiens, organisations, décideurs, en s'appuyant sur une base scientifique de plus en plus sophistiquée et des avancées technologiques passionnantes ». (Novins et al, 2013, p. 1019)

⁵ L'étude de Lang et al, 2017 fait partie de la revue systématique de Bunting et al, 2019, mais l'étendue du territoire qui y est couvert (5 États américains) renforce l'importance de la considérer en soi.

⁶ Voir tableau en annexe 1.

L'implantation de pratiques probantes est un processus récursif qui implique un ensemble d'activités organisées selon une séquence logique afin de mettre en œuvre une stratégie d'intervention ou un programme dont l'efficacité est déjà démontrée. Tout processus d'implantation vise un changement de comportements, de structures et des relations avec les usagers, les intervenants et les partenaires (Fixsen et al, 2005; Fixsen et al, 2009). Un modèle (ou une stratégie) d'implantation est un cadre de référence qui systématise le développement, la planification, la gestion et l'évaluation des interventions requises pour y arriver (Tabak et al, 2012 dans Hanson et al, 2016).

1.2.2. Modèles (ou stratégies) d'implantation efficaces

Parmi les six revues systématiques qui traitent des *modèles (ou stratégies) d'implantation*, deux abordent le *modèle EPIS (Exploration, Préparation, Implémentation, Sustainment; Moullin et al, 2019; Novins et al, 2013)* et deux autres font état d'implantations de l'approche sensible aux traumatismes (Powell et al, 2019 ; Bunting et al, 2019). Les deux dernières comparent des modèles utilisés spécifiquement pour implanter des services destinés aux enfants et jeunes en difficulté (PJ, santé mentale, dépendances, capacités parentales) (Hanson et al, 2016 ; Albers et al, 2017). Tous ces modèles ont été développés aux États-Unis.

De manière générale, les modèles (ou stratégies) d'implantation définissent les orientations qui devraient guider certaines, ou toutes les phases de la mise en œuvre. Ils commencent généralement par l'analyse des besoins et la décision de choisir une PDP et se concluent par la pérennisation de la pratique implantée. Certains modèles, plus complexes, peuvent être utilisés pour guider la collecte de données et les analyses lors d'une recherche évaluative. La majorité des modèles conçoivent l'implantation comme un processus dynamique et itératif, comprenant différentes étapes ou phases. Chaque modèle identifie des *composantes* ou facteurs jugés cruciaux pour soutenir la réussite de l'implantation. À titre d'illustration, deux modèles sont succinctement présentés dans les lignes qui suivent.

1.2.2.1. Active Implementation Framework

L'un des premiers modèles utilisés pour implanter à grande échelle une PDP dans le domaine de la PJ aux États-Unis⁷ fut l'*Active Implementation Framework (AIF)*⁸ qui reprend en bonne partie des préconisations faites antérieurement par Fixsen (et al, 2005). L'AIF (Metz et Bartley, 2012) comprend quatre étapes, soit: l'exploration, l'installation, l'implantation

⁷ Depuis le début des années 2000, le Bureau de l'enfance des États-Unis s'est impliqué dans l'implantation d'innovation, de PDP et de réformes dans le système de protection de l'enfance. En 2008, une structure composée de cinq centres régionaux d'implantation a été créée dont certains avaient adopté le modèle AIF. Entre 2008 et 2013, ces cinq centres avaient soutenu 22 projets de grande échelle.

⁸ Modèle soutenu par le *National Implementation Research Network* et ses chercheurs notamment Metz & Bartley, 2012.

initiale et l'implantation complète. La durabilité (ou pérennisation), initialement considérée comme la dernière étape est désormais intégrée aux quatre premières.

Par ailleurs, huit composantes essentielles ou «moteurs d'implantation » (*drivers*) y sont présentés et regroupés sous quatre catégories :

- a) les moteurs de compétence, axés sur le renforcement du personnel (ex. : recrutement et sélection, formation, coaching et supervision) ;
- b) les moteurs organisationnels, centrés sur l'infrastructure : a) un système de données en soutien à la décision, b) une administration facilitatrice (ex. : politiques, procédures et structures organisationnelles) et c) des actions posées sur les systèmes de soins et services (ex. : collaborations avec les organismes externes);
- c) les moteurs de leadership, soit la contribution de «champions», membres de l'organisation, qui soutiennent le changement et;
- d) l'évaluation de la performance, soit la collecte d'informations, suivie d'une rétroaction aux praticiens, superviseurs et gestionnaires (Metz et Bartley, 2012).

Chacun de ces moteurs agit différemment au fil de la mise en œuvre.

1.2.2.2. Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS)

Aux États-Unis, le *modèle EPIS*⁹ a été d'abord utilisé dans le domaine des soins de santé mentale et dans le système scolaire avant d'être transposé dans le domaine de la PJ. Les quatre phases principales du processus d'implantation qu'il prévoit sont :

- a) l'exploration (ex. : évaluation des besoins, choix de la PDP et du modèle qui guidera son implantation, évaluation de facteurs contextuels ou des capacités initiales);
- b) la préparation /adoption (ex. : stratégies de formation, renforcement des capacités, ajustement de la PDP à implanter et établissement de partenariats);
- c) l'implantation (ex. : financement, préparation au changement de l'organisation et des intervenants);
- d) la pérennisation (*sustainment*) de la pratique implantée.

Le bon déroulement de ces phases dépendra de facteurs relevant à la fois a) du contexte externe (ex. : les politiques existantes au niveau local, régional, national, la disponibilité du financement, le climat politique) et b) du contexte interne (ex. : les attitudes et expériences

⁹ Modèle formulé par Aarons et al, 2011 ; 2012.

des professionnels, la culture et le climat organisationnel, le leadership des gestionnaires) (Aarons et al, 2011 ; Moullin et al, 2019 ; Novins et al, 2013 ; Hanson et al, 2016).

Suite aux premiers bilans d'implantation dressés à partir de ce modèle, deux autres groupes de facteurs ont été inclus soit : c) l'environnement dit «intermédiaire» (ex. : partenariats avec le milieu de la recherche et les organismes subventionnaires) et d) les caractéristiques de la PDP proprement dite (ex. : son adéquation avec le contexte organisationnel, les services disponibles et les besoins des usagers) (Moullin et al, 2019).

Selon Hanson et al. (2016), le *choix d'un modèle (ou stratégie) d'implantation* devrait tenir compte de critères suivants :

- a) l'étendue de l'implantation prévue (ex. : échelle locale, régionale ou nationale) ;
- b) les caractéristiques propres au système de soins et services (ex. : la population cible, les capacités organisationnelles, le niveau d'engagement des praticiens, le taux de roulement du personnel);
- c) la complexité de la PDP à implanter (ex. : multidisciplinarité, précision et intensité des interventions prévues, niveau d'adhésion requis, milieux où les interventions doivent se faire)

1.2.3. Mise à l'épreuve empirique de différents modèles d'implantation

1.2.3.1. Modèle EPIS

Les recensions qui examinent l'application du modèle EPIS constatent une grande diversité dans les manières de s'y référer. En effet, dans quelque 11 pays différents, le modèle a pu servir de : a) guide pour baliser les quatre phases du processus d'implantation, b) de cadre théorique pour orienter la recherche évaluative (Bunting et al, 2019) ou c) de guide «partiel» ne servant à guider que la 3e phase (l'implantation proprement dite) (Moulin et al, 2019; Novins et al., 2013). D'ailleurs, le peu d'attention généralement accordée aux phases préliminaires d'exploration et de planification de la mise en œuvre est soulevé comme étant une lacune par Moulin et al, (2019).

Au niveau des facteurs internes, la recherche montre que l'évaluation de la fidélité de l'implantation, la supervision des intervenants et le soutien continu qui leur est offert augmentent la probabilité que les effets attendus se réalisent. Ils procurent d'autres avantages importants, notamment une réduction de l'épuisement professionnel et une meilleure rétention du personnel (Novins et al., 2013).

Il ressort également que les interventions axées sur l'amélioration du climat et de la culture organisationnels sont associées à une meilleure pérennisation de l'intervention et de meilleurs résultats cliniques pour les jeunes desservis. Ces études suggèrent enfin qu'il ne suffit pas de s'assurer que les praticiens interviennent en conformité avec les principes de la PDP, mais qu'il faut également prêter attention aux caractéristiques de leur milieu de travail (Novins et al., 2013).

Au niveau des facteurs externes, les études recensées suggèrent que les connexions établies avec les auteurs ou concepteurs de la PDP et la mise en place de réseaux facilitant l'interaction et la bonne communication entre les partenaires contribuent positivement au processus d'implantation.

Une force du modèle EPIS réside dans sa capacité à tenir compte de plusieurs niveaux d'analyse. Par exemple, on a pu montrer que des interventions visant à améliorer le leadership et le climat dans lequel se fait l'implantation (niveau organisationnel) peuvent améliorer les attitudes des praticiens à l'égard de la PDP, ainsi que leur niveau d'adhésion (niveau individuel) (Aarons et al, 2017).

Une utilisation adaptée et personnalisée du modèle EPIS est parfois recommandée. Par exemple, Moullin et al. (2019) encouragent ceux qui utilisent EPIS à développer un modèle logique afin de déterminer quels facteurs sont susceptibles d'être pertinents pour leur étude. De leur côté, Novins et al., (2013) recommandent une utilisation plus intégrale du modèle. Les deux articles insistent toutefois sur l'importance des phases préliminaires d'exploration et de préparation qui seraient des atouts importants pour la réussite du projet.

1.2.3.2. Implantation des approches sensibles aux traumatismes

Les nombreuses recensions et études empiriques qui évaluent l'implantation d'approches sensibles aux traumatismes ou «trauma informed care» (TIC¹⁰ ; Powell et al, 2019; Bunting et al, 2019, Lang et al, 2017, Winters et al, 2020) reflètent la tendance forte aux États-Unis (plus récente au Canada) à appliquer de telles approches en PJ. Constatant les degrés variables de son implantation d'un site à l'autre, les chercheurs soulignent les défis de la collaboration et de la coordination entre les services de première et deuxième lignes (Bunting et al, 2019, Lang et al, 2017), ainsi que la complexité d'implanter ces approches dans un contexte multidisciplinaire et multisectoriel (Powell et al, 2019, Lang et al, 2017).

La recension de Powell et ses collaborateurs suggère que les stratégies d'implantation qui anticipent le besoin d'adapter les approches TIC aux spécificités des milieux de pratique visés sont les plus efficaces. Sans une bonne connaissance des contextes dans lesquels s'inscrit l'offre de services, l'implantation peut s'avérer irréalisable, inefficace et coûteuse (Powell et al, 2019).

Par ailleurs, à ce jour, il s'avère que les stratégies visant l'amélioration des compétences du personnel se sont centrées essentiellement sur la formation (Bunting et al, 2019). Plusieurs

¹⁰ Trauma Informed Care (TIC).- Approche fondée sur les résultats des études concernant les effets négatifs des expériences d'adversité pendant l'enfance sur les indicateurs de fonctionnement à la vie adulte. Les traumatismes vécus par l'enfant et/ ou par sa famille doivent être pris en compte lors des diagnostics, des évaluations du risque, des décisions et des interventions auprès des enfants et de leurs familles de manière à renforcer leurs capacités de résilience. L'approche tient également en compte les traumatismes vécus par les intervenants.

projets y ont néanmoins ajouté un soutien continu au personnel, de la supervision, de formations d'appoint et du mentorat. Toutefois, peu de ces stratégies ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Ceci est une lacune puisque l'effet des approches TIC sur le stress vécu, voire l'expérience traumatique ressentie par les intervenants est en soi un enjeu d'implantation (Bunting et al, 2019 ; Lang et al, 2017).

Ces autres constats peuvent être faits en ce qui concerne l'implantation des approches TIC:

- a) peu d'attention a été accordée aux stratégies de soutien du personnel notamment en ce qui concerne leur stress ou leurs traumatismes vicariants (Bunting et al, 2019 ; Lang et al, 2017);
- b) les usagers ont en général peu participé aux processus d'implantation des approches (Bunting et al, 2019);
- c) il importe de ne pas restreindre l'évaluation (des capacités, du niveau d'adhésion, des besoins) aux débuts de l'implantation, mais plutôt de la faire de manière continue afin de mieux suivre les difficultés rencontrées et apporter des ajustements (Powell et al, 2019, Winters et al, 2020).
- d) certains problèmes systémiques propres à la PJ peuvent influencer négativement les processus d'implantation : la taille du système PJ, le nombre d'intervenants à former, la présence de priorités jugées plus urgentes, le roulement du personnel et le stress traumatique secondaire vécu par les intervenants (Lang et al, 2017).

1.2.3.3. Points tournants dans l'implantation du programme Triple P

Pour sa part, l'étude de Delawarde-Saïas et al. (2018) s'est intéressée aux dynamiques de transition entre différentes étapes du processus d'implantation. Examinant la mise en œuvre du programme *Triple P* au Québec, ses résultats montrent qu'à deux moments, ou points tournants, le passage d'une étape à une autre a été accompagné d'incertitude et d'appréhension chez les parties prenantes. Il s'agit du passage de l'abstraction (plan d'implantation) à la théorie (formation des intervenants); et du passage de la théorie à la pratique (début de l'implantation proprement dite).

Ce fait pourrait s'expliquer par des enjeux intersectoriels (ex.: la complexité du système de référence vers les services de première ou deuxième ligne, ce qui constitue un élément du programme Triple P) ou par l'instabilité des sources de financement assurant la continuité des activités d'implantation. Ces moments d'incertitude et vulnérabilité n'avaient pas été encore saisis par les modèles d'implantation connus. Ils pourraient refléter des dynamiques propres aux implantations complexes.

1.2.3.4. Constats plus généraux

Les deux recensions plus larges, qui *répertorient plusieurs modèles d'implantation* (Albers et al, 2017; Hanson et al, 2016), font ressortir quelques enjeux plus généraux. D'un point de vue scientifique, d'abord, force est de constater que très peu d'études dans les domaines de la PJ ont évalué des modèles d'implantation à l'aide de devis expérimentaux ou quasi-expérimentaux. Par ailleurs, la prédominance de la littérature américaine suggère que la prise en considération d'autres systèmes culturels, politiques et sociaux reste à venir.

Quatre autres constats peuvent être faits :

- a) Plusieurs modèles accordent une importance particulière à l'exercice d'un leadership solide qui permet de développer une infrastructure de soutien de l'implantation et d'impulser une dynamique plus générale de changement (Hanson et al, 2016);
- b) Alors qu'un large éventail de parties prenantes est généralement impliqué dans les processus d'implantation (ex. : intervenants, gestionnaires, partenaires), il faut relever l'absence quasi totale des utilisateurs de services (usagers, patients, clients) (Hanson et al, 2016 ; Albers et al, 2017);
- c) La majorité de modèles identifiés souligne la nécessité de créer ou renforcer les capacités organisationnelles d'implantation (Albers et al, 2017). Cet aspect sera abordé dans la section 1.2.4;
- d) L'implantation dans le « monde réel » semble caractérisée par une tension entre, d'une part, la fidélité aux principes de la PDP à implanter ou le respect de standards de qualité et, d'autre part, la flexibilité et les ajustements imposés par chaque site. Une nouvelle vague de recherches empiriques sur le sujet propose des approches plus flexibles, modulaires, permettant la combinaison de composantes en fonction des besoins et des contextes spécifiques (Albers et al, 2017).

1.2.4. Capacités organisationnelles et préparation au changement

Le concept de *capacité organisationnelle* a été développé dans les domaines du développement organisationnel, de la gestion et des théories du changement. Il fait référence aux ressources, structures et activités qui assurent le bon fonctionnement d'une organisation (Wandersman et al, 2008 dans Scaccia et al, 2015).

Dans une perspective de santé publique, Brownson et al, (2018) définissent la capacité organisationnelle *d'implantation* comme la disponibilité des ressources, structures, gestionnaires et intervenants qui permettent de planifier, exécuter et évaluer une PDP. Cette capacité implique une interaction entre individus et organisations: les individus façonnent les organisations et celles-ci soutiennent le développement des individus (Brownson et al, 2018).

En d'autres mots, le champ d'étude des processus d'implantation s'est approprié le concept de *capacité* pour désigner les conditions organisationnelles qui devraient être renforcées afin

d'assurer la réussite du processus d'implantation (Albers et al, 2017). Depuis, aux évaluations de besoins prévues dans les phases préliminaires, s'est ajoutée l'évaluation des capacités organisationnelles (générales et spécifiques) ou, selon d'autres auteurs, de l'état de *préparation au changement*.

Le concept de *préparation au changement* a souvent été confondu avec les notions d'adhésion aux principes de la PDP ou de motivation des intervenants. Des études empiriques récentes ont conduit à considérer a) les capacités organisationnelles et b) la motivation au changement comme des sous-composantes du concept plus large c) de *préparation au changement* (Scaccia et al, 2015).

Nombreux sont les instruments de mesure qui visent l'évaluation de la *préparation au changement* ou des capacités organisationnelles. Le Bureau de l'enfance aux États-Unis a publié un répertoire de 31 instruments de mesure de ces deux concepts. Le *Child Welfare Capacity Building Collaborative*¹¹, l'un des centres de soutien à l'implantation du Bureau de l'enfance, les définit ainsi:

- a) Les capacités organisationnelles sont les atouts d'une organisation qui lui permettent d'atteindre des niveaux élevés de performance et de réussir l'installation et l'implantation de nouvelles politiques, processus ou pratiques;
- b) La *préparation au changement* désigne la mesure dans laquelle une organisation est désireuse et capable de mettre en place de nouveaux programmes et pratiques.

1.2.4.1. Une heuristique pratique de la science de l'implantation

En se basant sur une synthèse de la littérature, Scaccia (et al, 2015), propose un modèle de la *préparation au changement* qui intègre:

- a) la motivation pour implanter une innovation;
- b) les capacités générales d'une organisation
- c) et les capacités spécifiques requises pour mener à bien un projet particulier.

Chacune de ces composantes peut faire l'objet d'une évaluation indépendante et formative.

Pour les mêmes auteurs, la *motivation au changement* désigne la perception des éléments incitatifs et dissuasifs qui contribuent ou nuisent à l'attrait d'une innovation. Plus précisément, elle inclut des croyances partagées à propos de l'innovation et du soutien qui sera reçu pour l'implanter.

Pour Scaccia et ses collaborateurs, les facteurs qui influencent la motivation sont :

¹¹ Voir <https://capacity.childwelfare.gov/states/>

- a) l'avantage relatif : une pratique donnée est perçue comme étant meilleure ou pire que celle à laquelle elle est comparée ;
- b) la compatibilité : l'innovation est perçue comme étant conforme ou non aux valeurs existantes, normes de pratique, expériences et besoins des utilisateurs potentiels;
- c) la complexité : l'innovation est perçue comme facile ou difficile à comprendre et à utiliser;
- d) la vérifiabilité : l'innovation peut être testée et expérimentée;
- e) l'observabilité : les résultats de l'innovation sont tangibles et observables pour l'ensemble des parties prenantes;
- f) la priorité : l'innovation est considérée comme plus importante que les pratiques traditionnelles.

En ce qui concerne les capacités, les auteurs reprennent les définitions du modèle *Interactif Systems Framework*. Ainsi, les capacités *générales* désignent : la culture (attentes, façons de faire, fonctionnement), le climat (perceptions et ressentis des employés par rapport à leur environnement de travail), la réceptivité au changement (c.-à-d. un environnement permettant de nouveaux apprentissages), l'utilisation efficace des ressources en place, le leadership (soutien explicite et important aux nouvelles activités), la structure (processus qui influencent positivement ou négativement les opérations quotidiennes) et les capacités du personnel (compétences générales, formation et expertise du personnel).

Les capacités *spécifiques* comprennent le capital humain, technique et budgétaire requis pour réussir l'implantation de telle ou telle innovation particulière (Scaccia et al, 2015). Ces capacités recourent en bonne partie les moteurs d'implantation mentionnés plus haut.

La contribution principale du modèle de Scaccia et al. (2015) se situe au niveau de l'accent mis sur la motivation intrinsèque comme moteur dans l'implantation¹². Ce faisant, les auteurs proposent une vision active et centrée sur la motivation plutôt qu'une vision passive et prônant l'adhésion à des standards prédéfinis.

1.2.4.2. Une étude de la préparation organisationnelle au changement

De leur côté, Gentle-Gibbs et Kim (2019) suggèrent que la préparation au changement est le précurseur cognitif d'éventuels comportements de résistance/ ou de soutien aux efforts de changement. En effet, l'implantation sera plus probable lorsqu'elle repose sur une volonté partagée (engagement) et lorsque les membres du personnel croient en leur capacité collective d'y travailler (sentiment d'efficacité). Deux facteurs joueraient un rôle significatif

¹² Il s'agit du modèle *Interactif Systems Framework* (ISF) qui le seul à intégrer le concept de capacités organisationnelles.

dans l'amélioration de la préparation au changement : le leadership et les attitudes des intervenants. Le premier, et plus important, inclut a) la supervision étroite du processus de changement, b) la formulation claire des objectifs poursuivis et c) la mise en place de mécanismes de communication efficaces.

1.2.4.3. Des changements à l'échelle systémique en protection de l'enfance

Faisant écho aux recommandations de Scaccia (al, 2015), Winters et ses collaborateurs (2020) se sont intéressés aux perceptions d'intervenants ayant à implanter des innovations dans deux systèmes publics différents soit: la PJ et le domaine de la santé mentale. Leurs résultats permettent d'identifier certains défis à surmonter et l'importance de prévoir qu'il y aura des ajustements. Ainsi, les auteurs soulignent que : a) l'exercice d'un leadership, combiné à l'amélioration des canaux de communication, favorisent la collaboration et donnent un nouvel élan au processus d'implantation; b) d'autres stratégies ciblées contribuent à la préparation au changement, par exemple : le remplacement d'un instrument qui aurait pu augmenter la charge de travail des intervenants ou l'engagement des cadres supérieurs au sein des comités directeurs (Winters et, 2020). Ces divers ajustements illustrent l'effet positif des interactions entre leadership, capacités organisationnelles et travail en collaboration.

1.2.4.4. Qui est à bord ?

Enfin, l'étude de McCree et ses collègues (2014) visait à déterminer le rôle et la nature de l'adhésion des intervenants dans le processus d'implantation. Contrairement aux résultats qui étaient attendus, les auteurs constatent que l'adhésion des intervenants à l'innovation n'a vraiment pas joué un rôle déterminant dans le processus d'implantation. Par contre, le niveau de stress au travail a joué un rôle fort important. Les intervenants appartenant à des organisations où le niveau de stress est élevé ont été plus réticents à adopter l'innovation en raison de préoccupations relatives à leur charge de travail. Des stratégies de soutien aux intervenants incluant la participation aux décisions, une communication ouverte et des informations claires ont donc été recommandées afin d'améliorer la préparation au changement (McCree et al, 2014).

En somme, les études qui ont été rapportées dans la section 1.2.4 reflètent l'état embryonnaire de la recherche portant sur la préparation au changement dans le domaine de la PJ. La pertinence du concept et l'importance de le mesurer semblent être bien établies. Toutefois, son rôle dans la réussite d'une implantation reste à corroborer.

1.3. Principaux constats

- L'implantation de PDP ne requiert seulement pas que la fidélité des intervenants aux principes et aux standards de pratique. Il est tout aussi impératif de se doter d'une stratégie efficace inspirée de la science de l'implantation. En effet, toute implantation à large échelle implique une compréhension du changement organisationnel.

- Un modèle (ou une stratégie) d'implantation est un cadre de référence qui guide le développement, la planification et l'évaluation du processus d'installation et de pérennisation des nouvelles pratiques.
- La majorité de ces modèles considèrent qu'il est important d'évaluer et renforcer les ressources organisationnelles, que celles-ci soient qualifiées de *moteurs d'implantation*, *capacités organisationnelles* ou *facteurs relevant du contexte interne*. Elles concernent notamment le climat et la culture organisationnels, les connaissances et compétences du personnel ainsi que le style de leadership exercé.
- Les études recensées ont souligné l'influence des conditions de travail sur l'implantation et la pérennisation d'une PDP :
 - Le roulement du personnel, identifié comme un problème important dans le système de PJ, influence négativement l'implantation, alourdit les efforts de formation et autres stratégies de soutien des intervenants, ainsi que le suivi – monitoring des étapes de l'implantation (manque de continuité);
 - Le stress au travail lié à la charge de cas et aux traumatismes vicariants peut nuire à l'adhésion du personnel aux principes de la PDP, aux stratégies de formation et aux étapes de l'implantation;
 - Par contre, l'amélioration du climat et de la culture organisationnels permet la pérennisation d'une PDP et de meilleurs résultats cliniques.
- Le renforcement des *moteurs d'implantation* a un effet positif sur la qualité de vie au travail. Ainsi, la supervision et le soutien continu aux praticiens contribuent à une réduction de l'épuisement professionnel, ainsi qu'à une meilleure rétention du personnel.
- Grand nombre des études recensées font du renforcement des compétences professionnelles un élément crucial de l'implantation de PDP.
 - Ces stratégies ne se limitent pas à la formation, mais incluent également un soutien continu au moyen de la supervision, de la formation d'appoint et du mentorat.
 - Le réseautage des pairs et le soutien en ligne font aussi partie des initiatives de soutien des intervenants pendant l'implantation.
 - Lorsque la formation requise pour introduire la PDP est complexe, l'accompagnement et le soutien continu sont d'autant plus nécessaires. Plusieurs études suggèrent de ne pas limiter la formation à l'étape de préparation, mais plutôt d'offrir des mises à jour tout au long du processus.
 - Les recensions consultées déplorent que des stratégies centrées sur les intervenants et visant, non pas à les former, mais bien à contrer les traumatismes vicariants ou le stress vécu, sont pratiquement absentes de la « science de l'implantation ».

- L'autre thème récurrent dans les études et recensions est celui du style de leadership.
 - Le style de leadership est moteur clé dans le processus d'implantation. Il contribue à développer une infrastructure de soutien et à impulser une dynamique de changement plus général.
 - C'est la capacité d'agir sur l'adhésion ou les attitudes des intervenants qui fait du leadership un élément crucial pour l'implantation et la pérennisation.
 - Le style de leadership a un impact sur la perception des valeurs organisationnelles, l'attitude des intervenants à l'égard du changement, la qualité des partenariats et l'esprit de collaboration intra et inter système.
 - Enfin, les études suggèrent que la capacité d'apporter des ajustements à la lumière d'une évaluation continue fait partie des compétences que devraient développer les gestionnaires.
- Les difficultés pour obtenir ou maintenir l'adhésion des praticiens aux PDP ont souvent été étudiées. La clarification des notions d'adhésion, engagement ou volonté, ainsi que des concepts plus larges de motivation, préparation au changement et capacités organisationnelles, aident à mieux comprendre les enjeux de mobilisation des intervenants.
 - La motivation est tributaire des effets incitatifs ou dissuasifs associés à une innovation. Pour qu'une PDP soit motivante, l'intervenant doit pouvoir lui attribuer un avantage face aux pratiques alternatives. Elle doit être perçue comme étant conforme aux valeurs et normes organisationnelles ainsi qu'aux besoins des enfants et des familles. Elle doit également être considérée comme prioritaire pour l'organisation. Enfin, le niveau de complexité d'une PDP peut influencer la motivation des intervenants.
 - Comme signalé plus haut, certaines difficultés relatives au climat organisationnel, à l'organisation du travail et au soutien (non) offert peuvent affecter négativement le degré de motivation.
 - Le leadership transformationnel et des stratégies de renforcement des capacités incluant le soutien aux travailleurs contribuent à rehausser la motivation.
- L'une des lacunes soulevées par les revues systématiques concerne la place très limitée accordée aux usagers-patients dans les processus d'implantation. Alors que plusieurs parties prenantes sont considérées lors de l'implantation, les usagers (les jeunes et leurs familles) ne sont que très rarement inclus. De la même manière, les préoccupations exprimées par leurs représentants ou des organisations de défense des droits sont rarement intégrées. Certains chercheurs ont commencé à le faire au cours de dernières années.

- Quant aux caractéristiques du processus d'implantation proprement dit, ces derniers constats peuvent être faits :
 - Les étapes pré-implantation sont souvent négligées. Or, tous insistent sur l'importance de consacrer du temps et des ressources à la planification et la préparation de l'implantation. Sans une bonne connaissance des contextes et des besoins, l'implantation de PDP reste assise sur des bases fragiles. L'évaluation des capacités organisationnelles et de la préparation au changement devrait être prévue dans toute implantation à large échelle;
 - Les expériences d'implantation de PDP se sont souvent conclues par des résultats cliniques encourageants malgré des parcours sinueux, des périodes d'incertitude et des difficultés non prévues. Ainsi, les études confirment la nature non linéaire, complexe et itérative des processus d'implantation. Les moments de transition entre deux phases ou les préoccupations relatives au maintien du financement peuvent susciter de l'inquiétude. La possibilité et la capacité d'introduire des ajustements à tout moment sont donc essentielles.
- Enfin, force est de constater que le développement de connaissances dans le domaine de la science de l'implantation est récent dans le champ de la PJ. Plusieurs auteurs ouvrent de nouvelles pistes d'action et de recherche en ce qui concerne les implantations à grande échelle et celles impliquant plusieurs secteurs, diverses disciplines ou des mécanismes de collaboration complexes.

1.4. Références bibliographiques

Les (*) renvoient aux recensions et articles analysés

- Aarons, G.A., Hurlburt, M., Horwitz, S.M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1):4–23.
- Aarons, G.A. et Sommerfeld, D.H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4):423–431.
- Aarons, G.A., Sklar, M., Mustanski, B., Benbow, N., Brown, C.H. (2017). "Scaling-out" evidence-based interventions to new populations or new health care delivery systems. *Implementation Science*, 12 (1):111. doi: 10.1186/s13012-017-0640-6
- *Albers, B., Mildon, R, Lyon, AR, et Shlonsky,A. (2017). Implementation frameworks in child, youth and family services - Results from a scoping review. *Children and Youth Services Review*, 81,101-116. *Brownson, R.C., Fielding, J.E. et Green, L.W. (2018). Building Capacity for Evidence-Based Public Health: Reconciling the Pulls of Practice and the Push of Research. *Annual Reviews of Public Health*, 39, 27–53.
- *Bunting, L., Montgomery, L., Mooney, S., MacDonald, M., Coulter, S., Haynes, D et al. (2019). Trauma Informed Child Welfare Systems-A Rapid Evidence Review. *International Journal of Environmental Research & Public Health* [Electronic Resource], 16, doi: 10.3390/ijerph16132365, 10.3390/ijerph16132365.
- *Delawarde-Saïas, C., Gagné, M.H., Brunson, L., Drapeau, S. (2018) Implementing a multilevel prevention strategy under an intersectoral partnership: The case of the Triple P Program. *Children and Youth Services Review*, 88, 170-179,
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., et Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531–540.
- Fixsen, D.L., Blase, K.A., Friedman, R.M. et Wallace, F., (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.
- *Gentles-Gibbs, N. et Kim, H., (2019). A Grounded Theory Study of Organizational Readiness for Change in Public Child Welfare: Developing a Theoretical Model. *Child Welfare*, 97 (1): 109-134
- *Hanson, R.F., Self-Brown, S., Rostad, W.L., Jackson, M.C. (2016). The what, when, and why of implementation frameworks for evidence-based practices in child welfare and child mental health service systems. *Child Abuse & Neglect*, 53, 51-63.
- *Lang, J.M., Ake, G., Barto, B. et al., (2017). Trauma Screening in Child Welfare: Lessons Learned from Five States. *Journal Child Adolescent Trauma*, 10, 405–416.

- *McCree, J.S., Scannapieco, M., Leake, R., Potter, C.C., et Menefee, D., (2014). Who's on board? Child welfare worker reports of buy-in and readiness for organizational change. *Children and Youth Services Review*, 37: 28-35.
- Metz, A., et Bartley, L. (2012). Active Implementation Frameworks for Program Success: How to Use Implementation Science to Improve Outcomes for Children. *Zero to Three Journal*, 34(4), 11-18.
- *Moullin, J.C., Dickson, K.S., Stadnick, N.A., Rabin, B. et Aarons, G.A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science* 14, 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
- *Novins, D.K., Green, A.E., Legha, R.K., Aarons, G.A., (2013). Dissemination and Implementation of Evidence-Based Practices for Child and Adolescent Mental Health: A Systematic Review, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52 (10): 1009–1025.
- *Powell, B.J., Patel, S.V., Haley, A.D., Haines, E.R, et al., (2019). Determinant of implementing evidence-based trauma-focused intervention for children and youth: a systematic review, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-01003-3>
- *Scaccia, J.P., Cook, B.S., Lamont, A., Wandersman, A., Castellow, J., Katz, J., et Beidas, R., (2015). A practical implementation science heuristic for organizational readiness: R=MC². *Journal of Community Psychology*, 43, 4, 484–501.
- *Winters, A.M., Collins-Camargo, C., Antle, B.F. et Verbist, A.N. (2020). Implementation of system-wide change in child welfare and behavioral health: The role of capacity, collaboration, and readiness for change. *Children and Youth Services review*, 108, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104580>.

2. MÉTHODES D'ÉVALUATION ET PRISE DE DÉCISION EN CONTEXTE DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

2.1. Introduction

Plusieurs situations traitées en vertu d'une loi sur la protection de la jeunesse (PJ) sont telles qu'il est difficile d'évaluer si la sécurité et le développement d'un enfant sont bel et bien compromis ou de déterminer quelles sont les interventions qui seraient nécessaires. En effet, la nature et l'intensité des problèmes manifestés par l'enfant et sa famille peuvent changer rapidement, tandis que, de leur côté, les procédures d'évaluation impliquent des délais.

Les informations à la disposition de l'intervenant sont souvent insuffisantes ou contradictoires.

Par ailleurs, les parents et les enfants ne coopèrent pas toujours, soit parce qu'ils ne sont peut-être pas conscients de l'ampleur de leurs problèmes familiaux, soit parce qu'ils craignent le pouvoir qu'a l'intervenant de retirer l'enfant de son milieu (Forrester, Kershaw, Moss, et Hughes, 2008). Enfin, des informateurs clés tels qu'enseignants ou médecins de famille peuvent fournir des informations divergentes, chacun percevant différemment les signes observés chez l'enfant (Munro, 2008).

2.1.1. Évaluation, prise de décisions et jugement professionnel

La nécessité de structurer ou non l'évaluation et la prise de décision dans le domaine de la PJ fait depuis longtemps l'objet de réflexions et travaux de recherche. Les débats ont pris racine dans des travaux portant sur la comparaison des évaluations dites actuarielles (aussi dites *mécaniques*) et d'autres basées sur l'expertise d'un praticien (appelées *jugement professionnel non structuré*), et ce, dans un ensemble de domaines à l'instar du diagnostic médical ou psychiatrique.

De nombreuses études ont montré les limites de l'évaluation (du risque, des besoins ou des facteurs de protection) et de la prise de décision en matière de PJ (Garb, 2005). Plus globalement, on sait que dans plusieurs champs d'intervention, les professionnels ont tendance à s'appuyer sur leur expérience et leur jugement. Or celui-ci n'est pas toujours structuré par des grilles validées ni appuyé sur des connaissances scientifiques (Ægisdottir et al, 2006). Ainsi, la recherche dans les domaines de l'évaluation, de l'heuristique et de la prise de décision montrent que les intervenants et professionnels :

- peuvent négliger certaines informations pertinentes et en surinvestir d'autres, autrement dit estimer le poids relatif des éléments en fonction de leurs expériences personnelles (biais d'attribution);
- ne révisent pas facilement leur première impression (biais d'ancrage ou de confirmation).
- utilisent plus facilement les sources orales que celles qui sont écrites (Munro, 1998).

- ne sont pas habitués à se référer à des connaissances scientifiques portant sur le développement de l'enfant, la psychopathologie infantile et juvénile ou la parentalité lors de leurs évaluations (De Kwaadsteniet et al., 2013).
- n'ont pas forcément accès à des mises à jour en ce qui concerne les pratiques efficaces ou «basées sur des données probantes».
- ne font pas régulièrement participer les parents et enfants au processus décisionnel (Schreiber, Fuller, et Pacey, 2013).

Dorsey et al. (2008) concluent de manière un peu rude que, dans le domaine de la PJ, les évaluations font « à peine mieux que des suppositions » (*slightly better than guessing*, p. 377).

En raison de ces limites, des difficultés peuvent amoindrir la qualité des décisions prises. La sécurité et le développement des enfants peuvent ne pas être protégés. Il est possible que des familles ne reçoivent pas l'aide qui est appropriée et nécessaire. Des familles peuvent mettre fin prématurément au suivi (s'il est offert sur une base volontaire) parce qu'elles ne se sentent pas écoutées, que l'intervention leur semble inefficace ou qu'elles n'adhèrent pas au type d'intervention qui leur a été proposé.

2.1.2. Fidélité et validité des méthodes d'évaluation

Le répertoire des instruments d'évaluation du risque (*Risk Assessment Tools Evaluation Directory – RATED version 2*) publié par le gouvernement écossais¹³ souligne l'importance des cinq qualités méthodologiques suivantes : accords interjuges, stabilité temporelle, validité prédictive, sensibilité et spécificité.

- a) L'accord interjuges est une mesure de la convergence observée entre deux ou plusieurs évaluateurs qui se penchent sur une même situation, à l'aide des mêmes informations.
- b) La stabilité temporelle (ou test-retest) est la constance attendue lorsque les dimensions évaluées ne sont pas trop aiguës ni fluctuantes (ex. : les capacités parentales, sur une période de six mois).
- c) La validité prédictive désigne la capacité d'un outil à repérer correctement les enfants qui, au bout d'un laps de temps, auront ou n'auront pas été exposés à de mauvais traitements.

¹³ <https://www.rma.scot/risk-assessment-tools-evaluation-directory-rated/>

- d) La sensibilité correspond à la probabilité qu'un enfant fasse effectivement l'objet de mauvais traitements lorsqu'il répond aux critères de l'outil. Une erreur à ce niveau est qualifiée de *faux positif*.
- e) La spécificité correspond à la probabilité qu'un enfant ne fasse pas l'objet de mauvais traitements lorsqu'il ne répond pas aux critères de l'outil. Une erreur à ce niveau est qualifiée de *faux négatif*.

L'un des problèmes les plus souvent mentionnés dans le domaine de la PJ est que les intervenants ne sont pas souvent d'accord au moment de prendre des décisions (faibles accords interjuges, voir par exemple Gold, Benbenishty, et Osmo, 2001).

Une première source de désaccord se situe au niveau des informations disponibles, qui peuvent être incomplètes ou discordantes. Une deuxième peut se trouver au niveau de l'opérationnalisation de concepts assez larges, tels que ceux d'*abus*, *négligence* ou *implication des parents*. D'autres désaccords peuvent provenir de l'interprétation faite par l'évaluateur des critères proposés. Pour y remédier, des échanges réguliers à l'intérieur d'une équipe autour de mots tels que *souvent*, *abuser* ou *insuffisant*, devrait mettre en lumière la «norme de référence» utilisée par les uns et les autres. On peut penser, par exemple, aux normes à partir desquelles tels propos, habitudes de vie, comportements ou attitudes sont jugés suffisamment problématiques pour être qualifiés de *besoins*. Une dernière source de divergence peut être la faiblesse des procédures qui permettent aux intervenants de synthétiser les informations disponibles pour en arriver à une compréhension dynamique de la situation de l'enfant et sa famille (*case formulation*), prendre une décision et, le cas échéant, définir un plan d'intervention.

Bref, bien que certaines erreurs, dues à un manque d'informations ou à la complexité de certaines situations familiales, semblent inévitables, d'autres pourraient être évitées si les praticiens s'appuyaient sur des outils validés et une mise à jour de leurs connaissances au moment d'analyser les informations dont ils disposent.

2.1.3. Critères méthodologiques

Selon des lignes directrices qui portent plus globalement sur les troubles de l'enfant et de l'adolescent, l'évaluation clinique, ainsi que la prise de décision fondée sur des données probantes, trois critères devraient être considérés par tout établissement:

- 1) les résultats de recherche et modèles théoriques expliquant le développement normal et la psychopathologie des enfants et adolescents sont-ils utilisés pour appuyer les méthodes d'évaluation?
- 2) les qualités psychométriques de base (fidélité et validité) des outils, méthodes ou procédures d'évaluation ont-elles été mises à l'épreuve?
- 3) l'ensemble du processus d'évaluation et de prise de décision est-il lui-même évalué de manière empirique (ex. : accords interjuge, validité prédictive; Fletcher, Francis

Morris et Lyon, 2005 ; McMahon et Frick, 2005; Pelham, Fabiano, et Massetti, 2005 ; Silverman et Ollendick, 2005)?

Vu l'importance de ces questions, la recension rapide porte sur les méthodes qui améliorent l'évaluation et la prise de décision dans le domaine de la PJ. L'objectif est d'identifier comment elles contribuent à améliorer la prise en charge. Ces méthodes peuvent être définies comme des *cadres de référence, procédures, protocoles, instruments* ou *questionnaires*, pourvu qu'elles soutiennent l'évaluation et/ou la prise de décision.

2.2. Méthodologie

Cette recension rapide a été réalisée à partir des moteurs Psych-INFO et MEDLINE et en examinant la période allant de 2010 à mai 2020. Sur 910 articles identifiés («hit»), nous en avons retenu 42. Six étaient des recensions systématiques ou métaanalyses, les autres étant des études primaires (généralement citées dans les six premières).

Nous nous sommes aussi référés à la grille de Bartelink et al. (2015) qui, au terme d'un exercice semblable, ont conclu que deux grandes catégories de thèmes émergeaient. Certaines publications traitent d'abord du *contenu (ou des domaines)* sur lequel le praticien devrait se pencher. Cette catégorie peut être sous-divisée en deux: a) les modèles qui s'intéressent à l'ensemble du processus (d'évaluation, orientation et planification du suivi), et b) les instruments d'évaluation qui se concentrent sur une partie du processus (ex. : le risque de récurrence).

La seconde catégorie principale regroupe les travaux qui se concentrent sur la *manière* dont l'intervenant devrait interagir avec l'enfant et sa famille. Elle peut être sous-divisée selon que l'étude porte sur : a) la prise de décision *partagée* qui examine la collaboration entre l'intervenant, l'enfant et la famille, ou b) la prise de décision *en groupe familial* qui accorde aux familles le pouvoir de prendre leurs propres décisions.

Notre propre revue a été structurée en fonction de ces quatre sous-thèmes auxquels un élément a été ajouté, à savoir les conditions organisationnelles (voire nationales) dans lesquelles les évaluations sont réalisées et les décisions prises.

2.3 Résultats

2.3.1. Prise de décision structurée

En 2010, Léveillé et Chamberland ont complété la recension systématique de 36 études portant sur la mise en œuvre et les effets du *Framework for the Assessment for Children in Need and their Families* (ou FACNF). Celui-ci vise à aider les praticiens à comprendre diverses situations familiales complexes rencontrées en contexte de PJ. Il combine des regards posés sur les besoins développementaux des enfants, les compétences parentales requises pour y répondre et les conditions environnementales qui influencent à la fois les besoins de l'enfant et les compétences des parents. Pour évaluer ces besoins, compétences et conditions environnementales, le FACNF propose quelques grilles (checklist) standardisées.

Les études incluses dans la recension de Léveillé et Chamberland montrent que les praticiens qui utilisent le FACNF sont plus centrés sur l'enfant et adoptent plus souvent une approche holistique tenant compte de la famille et de l'environnement de l'enfant. Le processus d'évaluation est plus structuré, lisible, et les praticiens plus portés à collaborer avec les autres professionnels. Enfin, la recension permet de conclure à un accroissement de la participation des enfants et des parents à la prestation des services qui leur sont voués, à des degrés toutefois moindres qu'anticipés.

De leur côté, Barlow, Fisher et Jones (2012), au terme d'un « examen systématique des modèles d'analyse » concluent que la mise en œuvre d'un modèle de prise de décision structurée peut avoir des conséquences néfastes, mais non intentionnelles, lorsque son implantation ne s'accompagne pas d'une infrastructure et de conditions organisationnelles qui assure une formation de qualité à la méthode ou à l'outil, un soutien et une supervision. Guay et Lafortune (2015) vont dans le même sens dans leur revue des conditions nécessaires à l'implantation de méthodes d'évaluation structurée.

2.3.2. Instruments d'évaluation des risques

L'examen de Barlow (et al. 2012), dont il vient d'être question, porte essentiellement sur les instruments d'évaluation des risques et des besoins en contexte de PJ. Les auteurs ont identifié un large éventail d'outils conçus pour soutenir les intervenants. Ainsi, ils distinguent:

- 1) Des outils actuariels, basés sur des facteurs statiques ou préexistants (ex.: antécédents d'abus), tel que le *California Family Risk Assessment tool* (23 éléments répartis dans cinq domaines, voir Johnson, 2004). Ce type d'outil peut être utilisé lors de l'évaluation initiale afin d'identifier les enfants et familles qui ont besoin d'une évaluation plus approfondie et de s'assurer qu'aucun enfant ou famille à haut risque n'est exclu(e) à ce stade.
- 2) Des outils d'évaluation des besoins et facteurs de protection, tels que le *Safeguarding Assessment and Analysis Framework* (Tapp et al. 2010), qui s'intéressent à des facteurs dynamiques ou « *modifiables* ». Ceux-ci sont souvent définis comme des *besoins* qui, s'ils sont considérés, peuvent réduire les risques de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant.
- 3) Des arbres décisionnels visant à prioriser les réponses à donner, tels que le *Comprehensive Assessment Tool* (SPHERE Institute). Les algorithmes peuvent être utilisés à la fois pour améliorer la cohérence entre les intervenants et soutenir leurs décisions. L'objectif est d'investir les efforts sur les cas plus préoccupants et de structurer la réponse aux cas plus urgents. Les arbres décisionnels visent à clarifier ce qui doit (ou ne doit pas) être évalué au moment où l'enfant entre dans le système.
- 4) Des listes de contrôle (*checklist*) centrées essentiellement sur la décision d'envisager un placement/ sa permanence ou une réunification familiale.

- 5) Des outils d'*audit*, utilisés jusqu'à présent pour vérifier rétrospectivement si les signalements reçus ont été classés avec précision et traités de manière efficace. Par exemple, Ward et al (2012) ont retenu un ensemble de facteurs de risque tirés de la littérature scientifique portant sur les très jeunes enfants pour classer les cas signalés en quatre catégories de risque, puis analyser si les mesures prises avaient été cohérentes avec ce classement.

Après avoir complété leur recension, Barlow et ses collaborateurs concluent que les données probantes en appui à la validité des outils et instruments sont actuellement limitées. Elles corroborent néanmoins le bien-fondé d'un outil actuariel (*California Family Risk Assessment*) au moment du tri et de la priorisation initiale.

En ce qui concerne les outils d'évaluation des besoins et facteurs de protection, les études montrent que le *Graded Care Profile* et le *Safeguarding Assessment and Analysis Framework*, tous deux développés en Angleterre dans le cadre des *Children's Research Centre - Structured Decision-Making Models* (Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office 2000) sont plus complets en termes d'ampleur des domaines investigués.

De leur côté, Bolton et Lennings (2010) ont étudié la valeur de trois méthodes structurées d'évaluation des risques : un outil actuariel, un outil contextuel/dynamique et une combinaison des deux méthodes. L'outil actuariel (*Family Risk of Abuse and Neglect - FRAAN*), strictement basé sur la recherche, ne contient que des éléments qui prédisent statistiquement les abus et la négligence envers les enfants. L'outil contextuel/dynamique (*The Family Strengths and Needs Assessment - FSNA*) inclut des éléments qui ne sont actuariels, mais restent des facteurs dynamiques importants à considérer. Dans ce cas, le niveau de risque final est déterminé par l'exercice d'un jugement professionnel. Quant à l'instrument dit « combiné », il consiste en une matrice qui regroupe les conclusions tirées des deux outils (FRAAN et FSNA). Dans le cadre de l'étude, cinq psychologues cliniciens ont été invités à juger trente vignettes. Les résultats montrent que l'instrument actuariel produisait les décisions les plus cohérentes et valides. Toutefois, les psychologues impliqués dans l'étude ont préféré l'instrument combiné (actuariel et dynamique), une information qui est importante sous l'angle de l'*acceptabilité* des méthodes à mettre en place.

2.3.3. Prise de décision partagée

En 2011, Vis et al. ont recensé de manière systématique les études évaluant la participation des enfants à la planification et à la prise de décision. Leur analyse a corroboré les effets positifs de la participation *des enfants* sur leur sécurité et bien-être à *court terme*, de même que sur le dénouement positif du placement extrafamilial. Les auteurs n'ont toutefois pas trouvé d'études examinant les effets à *long terme* de la participation des enfants. Dans une logique comparative, Vis et ses collaborateurs concluent que les rencontres bilans animées par des professionnels (*review meetings*) sont plus fructueuses que les conférences de groupe familial (*family group conferences*). Ils constatent enfin que la sécurité et le bien-être s'améliorent davantage chez les enfants participant aux rencontres bilans que chez ceux qui n'y participent pas.

De leur côté, McLendon et al. (2012) ont étudié les effets de la participation des *parents* à la planification et prise de décision en matière de PJ. Ils constatent que cette participation a des résultats positifs sur la récurrence des mauvais traitements et des placements extrafamiliaux. Cependant, ils ajoutent que les méthodes ou interventions permettant d'encadrer la participation des parents d'une manière plus précise, opérationnelle ou spécifique font défaut.

Enfin, Antle et al. (2012) ont étudié les effets du Modèle de pratique basé sur les solutions (*Solution-Based Casework practice model* - SBC). Cette méthode d'évaluation et de planification du suivi combine des éléments portant sur le développement des enfants, une approche court terme et centrée sur les solutions et la prévention des rechutes. Le modèle encourage la participation des familles au processus d'évaluation et de planification des cas. Par exemple, le praticien établit avec tous les membres de la famille des plans qui se veulent spécifiques et concrets.

Dans leur recherche, Antle et ses collaborateurs ont d'abord évalué le niveau d'adhésion des intervenants au modèle SBC. Ensuite, ils ont analysé l'impact de cette adhésion sur les résultats obtenus en matière de sécurité, permanence du milieu de vie et bien-être auprès de 4559 cas d'enfant suivis en vertu de la PJ. En définitive, l'adhésion au modèle est associée à de meilleurs résultats. Les compétences de l'intervenant en matière d'accueil et d'évaluation ont particulièrement accru la sécurité de l'enfant. Quant aux compétences en matière de planification des cas, elles ont amélioré la permanence du milieu de vie.

2.3.4. Prise de décision en groupe familial

Dans leur recension systématique, Vis et al. (2011) font aussi état de la décision en groupe familial et ses effets sur les enfants eux-mêmes. Ils n'ont trouvé aucune donnée probante montrant que les enfants qui participent à une décision en groupe familial évoluent mieux que ceux qui n'y participent pas.

Shlonsky et Saini (2011), au terme d'une revue de six études (deux essais contrôlés randomisés et quatre essais non randomisés), constatent que les familles invitées à prendre elles-mêmes une décision sont plus satisfaites des services reçus que celles ayant été suivies de manière traditionnelle. Il n'en demeure pas moins que les enfants ayant fait l'objet d'une décision en groupe familial ont tendance à être plus souvent maltraités et placés dans des milieux extrafamiliaux que ceux qui n'en ont pas bénéficié. En outre, les familles prenant une décision en groupe ont tendance à recevoir plus de services que les celles suivies de manière traditionnelle. Les auteurs concluent que la prise de décision en groupe semble avoir un effet positif sur l'engagement familial, mais ne réduit pas pour autant la récurrence de la maltraitance des enfants ni le taux de placement extra familial.

2.3.5. Contextes organisationnels, voire nationaux

Dans plusieurs études consacrées à l'évaluation et la prise de décision, le rôle du contexte ou des conditions de pratique s'avère important. Par exemple, des études internationales

comparatives ont révélé des différences significatives en ce qui concerne la prise de décision entre des intervenants de la PJ œuvrant dans différents pays (Benbenishty et al., 2015).

Au niveau organisationnel, des facteurs tels qu'un nombre élevé de dossiers, un manque de soutien professionnel (Saltiel, 2015) et un manque de soutien offert par l'organisation (Broadhurst et al., 2010) sont associés à une augmentation des erreurs dans la prise de décision. Celle-ci est également affectée par les options possibles (ou non) sur le plan du suivi (Font McGuire, 2015).

Les facteurs dits *individuels* concernent les praticiens. Ils incluent certaines attitudes envers les enfants, les familles et la loi (Davidson-Arad et Benbenishty, 2010) ou le nombre d'années d'expérience (Drury-Hudson, 1999).

On pense enfin que les caractéristiques des enfants et des familles, telles que leur milieu socio-économique ou origine ethnoculturelle, influencent la prise de décision (Bradt et al., 2015 ; Enosh et Bayer-Topilsky, 2015, Robichaud, 2017). Cependant, l'interprétation des résultats est loin d'être simple dans ce domaine.

Au Québec, Robichaud (2017) nous rappelle que le *decision-making ecology framework* été développé spécifiquement pour mieux comprendre les sources d'erreur inhérentes à prise de décision dans un système complexe (Fluke *et al.*, 2010). Les facteurs systémiques dont il est question:

- a) appartiennent au cas proprement dit (l'enfant et sa famille);
- b) relèvent de l'organisation ;
- c) sont externes à la PJ (ex.: la confiance du public, l'intérêt des médias, les balises législatives ou politiques),
- d) caractérisent les intervenants qui prennent la décision.

Outre ces quatre ensembles de facteurs systémiques, trois éléments influencent la prise de décision, soit :

- 1) la gamme de décisions possibles ;
- 2) les processus psychologiques/ heuristiques caractérisant le jugement professionnel;
- 3) les conséquences possibles de la décision sur les parties prenantes (jeunes, familles, intervenants et établissements).

Finalement, la recension des écrits de Keddell (2014) traite des enjeux éthiques soulevés par la variabilité des décisions prises en contexte de PJ. L'auteure soutient qu'en dépit de la complexité du contexte écologique associé la variabilité des évaluations faites, la cohérence des décisions prises à l'intérieur d'un même pays ou d'une même région reste un objectif à poursuivre que ce soit sous l'angle de la protection des droits individuels (pour les usagers) ou de l'éthique des responsabilités (pour les professionnels).

2.4. Principaux constats

- Bien que de nombreux chercheurs aient étudié l'évaluation et la prise de décision, les données probantes validant certaines méthodes plus que d'autres restent rares.
- Les recherches recensées s'intéressent principalement à la satisfaction de l'enfant et sa famille ou leur adhésion au suivi au terme de l'évaluation.
- L'impact des méthodes d'évaluation sur la sécurité de l'enfant, les compétences parentales, la récurrence des signalements ou les placements extrafamiliaux n'a été que peu étudié. Quelques résultats disponibles à ce niveau sont à la fois prometteurs et décevants.
- Premièrement, la prise de décision structurée semble améliorer la transparence, la rigueur et la systématisation de l'évaluation. L'analyse s'avère plus complète et centrée sur l'enfant. Cependant, la méthode n'améliore pas forcément le taux d'accords entre les évaluateurs (interjuges).
- L'évaluation et le processus décisionnel effectivement réalisés dans tel ou tel établissement ne sont généralement pas assez bien décrits pour qu'on puisse les examiner de manière empirique (Hunsley et Mash, 2007).
- La manière d'intégrer des informations provenant de sources multiples (entretiens, questionnaires, observations) est particulièrement peu opérationnalisée (Pelham et al., 2005).
- Dans certaines études, l'évaluation actuarielle semble permettre de meilleures décisions que le jugement professionnel, mais dans d'autres, les deux méthodes se valent.
- Les résultats portant sur la participation des usagers (tant les parents que les enfants) et la prise de décision partagée sont prometteurs, mais le nombre d'études qui s'y intéressent reste faible.
- La participation des usagers à l'évaluation et la prise de décision améliore leur satisfaction. Toutefois l'impact de cette participation sur la sécurité et le bien-être des enfants à court et long terme n'est pas évident.
- Dans des domaines connexes (décision médicale ou la psychothérapie), la prise de décision partagée est prometteuse en ce qui touche l'adhésion au suivi et les résultats cliniques observés (Poston et Hanson, 2010).
- La prise de décision en groupe familial semble favoriser l'engagement, mais elle ne se traduit pas par un effet probant sur le bien-être des enfants à court ou long-terme.
- De manière générale, les praticiens devraient utiliser une combinaison de méthodes, c.-à-d. le jugement professionnel, les approches collaboratives ainsi que des instruments validés.

- Il faudrait étudier comment le jugement professionnel et les outils standardisés interagissent positivement et améliorent la prise de décision.
- Au terme de cette revue rapide, on peut formuler les recommandations suivantes:
 - favoriser un équilibre entre l'utilisation du jugement professionnel et le recours à des outils standardisés;
 - encourager l'évaluation et l'analyse de plusieurs domaines ou sphères de vie des enfants et des familles,
 - différencier le recours à diverses méthodes d'évaluation en fonction des étapes du processus de PJ, que ce soit au moyen d'une «boîte à outils» à utiliser aux différents stades ou de la spécification claire du moment où telle méthode devrait être utilisée.
 - porter une attention particulière à la «capacité de changement» des parents (Dawe et Harnett 2007) ;
- Malgré plusieurs inconnus, les données disponibles soutiennent l'utilisation de méthodes d'évaluation validées et standardisées, notamment des outils de:
 - tri ou priorisation
 - évaluation des risques en phase initiale ;
 - évaluation des besoins et facteurs de protection
 - évaluation de la «capacité des parents à changer» (Dawe et Harnett 2007);
- Cela dit, la mise en place de méthodes d'évaluation requiert des capacités organisationnelles et une bonne préparation au changement ;
- Les intervenants doivent bénéficier du temps de formation requis pour bien maîtriser les méthodes qui leur sont proposées ;
- Une supervision régulière devrait être assurée aux intervenants qui utilisent ces méthodes;
- Des audits devraient, sur une base régulière, évaluer l'efficacité des méthodes préconisées dans un établissement.

2.5. Références bibliographiques

- Ægisdottir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G., et Rush, J. D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *Counseling Psychologist, 34*, 341–382
- Antle, B. F., Christensen, D. N., Van Zyl, M. A., et Barbee, A. P. (2012). The impact of the Solution Based Casework (SBC) practice model on federal outcomes in public child welfare. *Child Abuse and Neglect, 36*, 342–353
- Barlow, J., Fisher, J. D., et Jones, D. (2012). *Systematic review of models of analysing significant harm*. Oxford: Oxford University.
- Bartelink, C., van Yperen, T., et ten Berge, I. (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child abuse & neglect, 49*, 142-153
- Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., Lopez, M., Devaney, J., Spratt, T. et al.. (2015). Decision-making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and intervention recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes. *Child Abuse & Neglect, 49*, 63–75.
- Bolton, A., et Lennings, C. (2010). Clinical opinions of structured risk assessments for forensic child protection: The development of a clinically relevant device. *Children and Youth Services Review, 32*, 1300–1310.
- Bradt, L., Roets, G., Roose, R., Rosseel, Y., et Bouverne-De Bie, M. (2015). Poverty and decision-making in child welfare and protection: Deepening the bias-need debate. *British Journal of Social Work, 45*(7), 2161–2175.
- Broadhurst, K., Wastell, D., White, S., Hall, C., Peckover, S. et Davey, D. (2010). Performing “initial assessment”: Identifying the latent conditions for error at the front door of local authority children's services. *British Journal of Social Work, 40*(2), 352–370.
- Davidson-Arad, B., et Benbenishty, R. (2010). Contribution of child protection workers' attitudes to their risk assessments and intervention recommendations: A study in Israel. *Health and Social Care in the Community, 18*, 1–9.
- Dawe, S. et Harnett, P. H. (2007) Improving family functioning in methadone maintained families: Results from a randomised controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment 32*: 381-90.
- De Kwaadsteniet, L., Bartelink, C., Witteman, C., Ten Berge, I., et Van Yperen, T. (2013). Improved decision-making about suspected child maltreatment: Results of structuring the decision process. *Children and Youth Services Review, 35*, 347–352.

- Department of Health, Cox, A. et Bentovim, A. (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families: The Family Pack of Questionnaires and Scales*. London: The Stationery Office.
- Dorsey, S., Mustillo, S. A., Farmer, E. M. Z. et Elbogen, E. (2008) Caseworker assessments of risk for recurrent maltreatment: association with case-specific risk factors and re-reports. *Child Abuse & Neglect* 32 (3): 377-91.
- Drury-Hudson, J. (1999). Decision-making in child protection: The use of theoretical, empirical and procedural knowledge by novices and experts and implications for fieldwork placement. *British Journal of Social Work*, 29, 147–169.
- Enosh, G. et Bayer-Topilsky, T. (2015). Reasoning and Bias: Heuristics in Safety Assessment and Placement Decisions for Children at Risk. *The British Journal of Social Work*, 45, 6, 1771–1787.
- Fletcher, J. M., Francis, D. J., Morris, R. D., et Lyon, G. R. (2005). Evidence-based assessment of learning disabilities in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 506–522.
- Fluke, J. D., Chabot, M., Fallon, B., MacLaurin, B. et Blackstock, C. (2010). Placement decisions and disparities among aboriginal groups: An application of the decision-making ecology through multi-level analysis. *Child abuse & neglect*, 34(1), 57-69.
- Font, S. A., et McGuire, J. (2015). Decision-making in child protective services: Influences at multiple levels of the social ecology. *Child Abuse and Neglect*, 49, 50–62.
- Forrester, D., Kershaw, S., Moss, H., et Hughes, L. (2008). Communication skills in child protection: How do social workers talk to parents? *Child and Family Social Work*, 13, 41–51.
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision-making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67–89.
- Gillingham, P., Harnett, P., Healy, K., Lynch, D. et Tower, M. (2017). Decision Making in Child and Family Welfare: The Role of Tools and Practice Frameworks. *Children Australia*, 42, 1, 49–56.
- Gold, N., Benbenishty, R., et Osmo, R. (2001). A comparative study of risk assessments and recommended interventions in Canada and Israel. *Child Abuse and Neglect*, 25, 607–622.
- Guay, J.P. et Lafortune, D. (2015). Les conditions nécessaires à l'implantation de méthodes d'évaluation structurée ou d'intervention efficace. *Pratiques Psychologiques*, 21, 3, 293-303.
- Hunsley, J., et Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29–51.

- Johnson, W. (2004) *Effectiveness of California's child welfare Structured Decision-Making (SDM) model: A prospective study of the validity of the California Family Risk Assessment*. California: Alameda County Social Services Agency.
- Keddell, E. (2014). Current Debates on Variability in Child Welfare Decision-Making: A Selected Literature Review. *Social sciences*, 3, 916–940.
- Léveillé, S., et Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*, 32, 929–944.
- McLendon, T., McLendon, D., Dickerson, P. S., Lyons, J. K., et Tapp, K. (2012). Engaging families in the child welfare process utilizing the family-directed structural assessment tool. *Child Welfare*, 91, 43–58.
- McMahon, R. J., et Frick, P. J. (2005). Evidence-based assessment of conduct problems in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 477–505.
- Munro, E. (2008). *Effective child protection*. London: Sage.
- Pelham, W. E. J., Fabiano, G. A., et Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 449–476.
- Poston, J. M., et Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22, 203–212.
- Robichaud, M.J. (2017). *L'évaluation en contexte interculturel : les processus de prise de décision des professionnelles des services de la protection de la jeunesse*. Montréal: Université de Montréal.
- Saltiel, D. (2015). Observing front line decision-making in child protection. *British Journal of Social Work*, 46 (7), 2104-2119.
- Schreiber, J. C., Fuller, T., et Pacey, M. S. (2013). Engagement in child protective services: Parent perceptions of worker skills. *Children and Youth Services Review*, 35, 707–715.
- Shlonsky, A., et Saini, M. (2011). Family Group Decision-Making for Children at Risk of Child Maltreatment. Paper presentation on the *Society for Social Work and Research 15th Annual Conference*. <http://sswr.confex.com/sswr/2011/webprogram/Paper15013.html> (15.04.11)
- Silverman, W. K., et Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 380–411.
- SPHERE Institute. (2005) *Comprehensive Assessment Tool (CAT) Safety and Risk Assessment System*. California: SPHERE Institute.

- Stockport Local Safeguarding Board (2007). *Evaluation of the use of the Graded Care Profile*. Stockport Local Safeguarding Children Board: Stockport (UK).
- Tapp, S., Bentovim, A., Cox, A., Bingley-Miller, L. et Pizzey, S. (2010). *Safeguarding Assessment and Analysis Framework: Evidence Based Approaches to Assessing Harm, The Risk of Future Harm and Prospects for Intervention*. York: Child and Family Training.
- Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A., et Thomas, N. (2011). Participation and health: A research review of child participation in planning and decision-making. *Child and Family Social Work*, 16, 325–335.
- Ward, A., Brown, R., Westlake, D. and Munro, E.R. (2012). *Safeguarding babies and very young children from abuse and neglect (The significant Harm of Infants Study)*. London: Jessica Kingsley Publishers.

SECTION 2 : DONNÉES CONTEXTUELLES

NOUVELLES RÉALITÉS SOCIALES ET ORGANISATIONNELLES

Les conflits sévères de séparation

Santé mentale, services médicaux et pharmacothérapie

Les réseaux sociaux

Les enfants immigrés, réfugiés ou issus des communautés autochtones et leurs familles

L'exploitation sexuelle des jeunes

La coordination des services de 1^{re} et 2^e ligne

La rétention du personnel

INTRODUCTION

Cette section consiste en la présentation de sept recensions courtes portant sur les nouvelles réalités sociales et organisationnelles auxquelles sont confrontés les intervenants en PJ. Ces nouvelles réalités ont été identifiées à l'issue de l'analyse thématique des entretiens de groupe réalisés dans le cadre du mandat; elles ont été évoquées par les intervenants des quatre étapes du processus clinique.

1. CONFLITS SÉVÈRES DE SÉPARATION

1.1. Mise en contexte

La Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) a été modifiée en juillet 2007 pour notamment inclure les mauvais traitements psychologiques (MTP) comme forme de maltraitance pouvant mener à un signalement. L'article 38c les définit ainsi :

« Lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale ».

Les conflits sévères de séparation (CSS) ne sont pas nommés de manière explicite dans la loi, bien qu'ils constituent une forme de MTP dans la pratique. On distingue en effet trois formes de MTP : les actes commis (ex. : dénigrement, menace, isolement, contrôle excessif), les actes omis (ex. : indifférence envers l'enfant, absence d'investissement) et la violence directe. Les CSS se situent dans cette dernière catégorie, l'enfant se retrouvant alors « coincé entre ses deux parents qui s'entredéchirent au point de ne plus répondre à ses besoins » (INESSS, 2016, p. 2)

Ce nouvel amendement aurait donc marqué un tournant dans la prise en charge des MTP, et des CSS en particulier, par les services de PJ. Godbout et al. (2018) notent toutefois qu'un manque de définition précise des CSS dans la LPJ est susceptible d'avoir un impact sur la pratique des intervenants; la recherche sur le sujet n'est cependant pas suffisamment avancée pour le mesurer.

Par ailleurs, la LPJ ayant pour particularité d'établir la compromission sur la base des impacts « prévisibles » des MTP, l'évaluation et la prise en charge de ces situations apparaissent complexes. Il est en effet plus difficile d'établir la compromission à partir des conséquences potentielles de ces comportements plutôt que de s'en tenir à une observation de ces dernières, tel que cela se fait dans d'autres provinces et territoires canadiens (Malo et al., 2018, citant Trocmé et al., 2011). À la lumière de ces premiers éléments de contexte, l'évaluation et la prise en charge des cas de conflits sévères de séparation semblent donc délicates. La présente recension rapide vise donc à mieux cerner et comprendre la réalité de la prise en charge des CSS par les intervenants du système de PJ.

1.2. Méthodologie

Une recension rapide des écrits a été réalisée afin de répondre aux deux questions de recherche suivantes :

- 1) Quels sont les enjeux et les défis auxquels sont confrontés les intervenants du système de PJ devant évaluer et prendre en charge des cas de CSS?

2) Quelles sont les pratiques à prioriser pour soutenir l'intervention en contexte de CSS?

Les bases de données suivantes ont été consultées : Embase, Ovid et PsycInfo. Les mots-clés utilisés pour la stratégie de recherche étaient associés à la problématique (ex. : *high conflict separation*) et à la population (ex. : *child welfare, child protection*). Cette recherche a permis d'identifier 688 références. Une seule professionnelle de recherche a sélectionné les publications à partir de la consultation des titres et des résumés de l'ensemble des références identifiées. Pour être incluses dans la recension, les publications devaient porter sur : a) les conflits sévères de séparation; b) les jeunes suivis en vertu de la loi sur la protection de la jeunesse; c) les travailleurs sociaux en PJ; d) être rédigées en anglais ou en français; e) avoir été publiées entre 2010 et 2020. Un total de quatre articles a été retenu à l'issue de cette première étape. Une recension exécutée selon le même processus a également été faite dans Érudit (275 références), un article a été conservé.

1.3. Résultats

Cinq articles ont donc été retenus pour les fins de la présente recension rapide (voir Annexe 2); ils consistent tous en des études primaires provenant du Canada (Ontario et Québec) et de la Norvège. Aucune revue de littérature (revue systématique, méta-analyses) n'a été recensée, la recherche sur le sujet n'en étant encore qu'à ses débuts.

Les cinq articles répertoriés décrivent l'expérience, le point de vue, les besoins et les défis auxquels sont confrontés les intervenants du système de PJ qui prennent en charge des dossiers impliquant des conflits sévères de séparation. Saini, Black, Lwin *et al.* (2012), Sudland (2020) et Malo, Morin, Moreau, Hélie et Lavergne (2018) s'appuient sur des devis qualitatifs; et Houston, Bala et Saini (2017) et Godbout, Saini et Turbide (2018) sur des devis mixtes. Godbout *et al.* ont d'ailleurs utilisé une version traduite et adaptée au contexte québécois du questionnaire de Houston *et al.* (2017).

L'ensemble de ces études ont une finalité essentiellement exploratoire et descriptive. Leur principale limite méthodologique réside dans le fait qu'elles s'appuient sur des échantillons volontaires pour participer à des entrevues (individuelles ou de groupe) ou répondre à des questionnaires (à questions à choix multiples et ouvertes) ; les résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des intervenants concernés. En outre, elles ne font que rapporter les perceptions des participants, sans que celles-ci ne soient triangulées à des données décrivant plus concrètement la réalité de leur pratique.

1.3.1. Enjeux ou défis actuels liés à l'intervention impliquant des CSS

1.3.1.1. Manque de consensus autour de la définition des CSS

Si les recherches sur les CSS se sont multipliées au cours des 20 dernières années, permettant de mieux définir les contours du concept ainsi que les problématiques associées (ex. : aliénation parentale), les études recensées montrent que les intervenants du système de PJ manquent encore d'une définition des CSS faisant consensus et permettant notamment de les

distinguer de la violence conjugale. Dès 2012, Saini et al. en faisaient le constat à partir de leur étude réalisée en Ontario. Godbout et al. (2019) aboutissent au même résultat dans le cadre d'une étude réalisée au Québec quelques années plus tard, celle-ci montrant qu'une faible majorité (53%) des répondants (n=301) rapporte que leur établissement a établi une définition claire du CSS. Par ailleurs, leurs avis sont très partagés sur les liens et les distinctions à faire entre la définition des CSS et celles de la violence conjugale.

Ce manque de connaissance sur la problématique pourrait résulter d'un manque de formation observé tant en Ontario qu'au Québec. Houston et al. (2017) rapportent que seulement 1/3 des intervenants de leur échantillon (n=208) ont reçu une formation pour intervenir auprès des familles en CSS. En outre, 69% des intervenants (n=258) consultés dans le cadre de l'étude Godbout *et al.* (2018) considèrent que le manque de formation constitue un des principaux défis organisationnels et professionnels.

1.3.1.2. Manque d'outils d'évaluation

Les intervenants rapportent ne pas disposer non plus des outils qui les soutiendraient dans l'évaluation des impacts des CSS sur les enfants.

- Bien qu'ils puissent être convaincus des impacts négatifs ou des risques sur les compétences parentales et des répercussions sur le développement de l'enfant, ils éprouvent des difficultés à les mesurer dans la pratique et ainsi démontrer la compromission (Malo et al., 2018; Godbout et al., 2019; Saini et al., 2012; Sudland, 2020; Houston et al., 2017).
- Malo *et al.* (2018) observent par ailleurs que l'évaluation des impacts des CSS se révèle d'une grande complexité, y compris lorsque les symptômes sont apparents puisque, dans ce cas, il est difficile de les relier causalement au conflit.

1.3.1.3. Manque de clarté quant au rôle et au mandat des intervenants

Le flou s'observe également dans la définition du rôle et du mandat des intervenants de la PJ et de leurs limites; celles-ci ne sont claires ni pour les intervenants ni pour les professionnels externes.

- *Manque de clarté des politiques et procédures au sein des établissements en cas de CSS :* Les établissements n'ont pas défini ou communiqué de politique ou de procédures claires concernant le rôle de la PJ dans les cas de CSS.
 - Houston et al. (2017) rapportent que 44% des intervenants (n=208) de leur échantillon disent ne pas disposer de procédures claires quand près de l'autre moitié (41%) dit ne pas être sûre qu'il en existe. Au Québec, Godbout et al. (2019) obtiennent des résultats comparables puisqu'une grande majorité des intervenants (n=259) ont répondu que leur établissement n'en avait pas établi (41%) ou qu'ils n'en étaient pas sûrs (33%).

- Une grande variation dans les interventions mises en œuvre est donc rapportée, celles-ci n'étant pas uniformes ou standardisées puisque dépendant finalement du chef de service ou de l'équipe prenant les cas en charge (Saini et al., 2012; Houston et al., 2017).
- *Manque de clarté concernant le rôle et le mandat des intervenants par rapport à la garde¹⁴* : Le mandat des intervenants dans la prise en charge des CSS devrait se centrer sur l'évaluation de la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant (Houston et al., 2017; Saini et al., 2012; Godbout et al., 2019). Or, ils rapportent faire l'objet de pression pour se positionner par rapport à la garde, ceci en raison d'un manque de connaissance ou de reconnaissance des limites de leur mandat par les parents ou professionnels externes.
 - La pression peut venir de toutes parts : le système de justice, les parents, les avocats ou tout autre professionnel impliqué dans la situation (Saini et al., 2012; Houston et al., 2017; Godbout et al., 2019). Houston et al. (2017) rapportent que 80% des intervenants (n=208) disent subir des pressions de ces divers acteurs.
 - Les interactions avec les avocats en particulier peuvent constituer une source d'anxiété importante pour les intervenants. Lorsque ces derniers les contactent pour en savoir plus sur les motifs ou le bilan de l'intervention, les intervenants ne sont pas certains de ce que leur mandat leur permet de révéler ou non, ni si ces échanges vont toujours dans le sens du meilleur intérêt de l'enfant (Godbout et al., 2019; Saini et al., 2012).
- *Manque de clarté quant aux limites du rôle et du mandat des intervenants dans la gestion des CSS* : Les intervenants se questionnent quant aux limites de leur rôle dans la gestion quotidienne des conflits des parents, ayant parfois l'impression de devoir s'improviser coordonnateur parental ou médiateur familial informel (Houston et al., 2017; Godbout et al., 2019).

1.3.1.4. Pression et stress vécus par les intervenants dans leurs interactions avec les parents

La prise en charge des cas de CSS n'est pas sans réserver quelques défis pour les intervenants. Les interactions avec les parents en CSS sont alourdies par plusieurs phénomènes ou dynamiques d'échanges qui semblent spécifiques à ces situations :

¹⁴ Il convient de rappeler qu'au Québec, lorsqu'ils ont la charge d'un dossier impliquant des CSS, les intervenants peuvent être amenés à intervenir auprès de la Cour du Québec pour les questions entourant la protection de la jeunesse. Ils peuvent aussi être convoqués à la Cour supérieure en tant que témoins ou experts sur le dossier.

- Des allégations de maltraitance de part et d'autre qui se multiplient, ce qui exige plusieurs réévaluations de la situation et donc plus de contacts entre l'intervenant et la famille afin de déterminer si elles sont vraies ou si elles ne visent qu'à nuire à l'autre parent (Saini et al., 2012; Houston et al., 2017). Ces allégations sont difficiles à traiter en raison du climat de tension présent entre les parents. Aussi, les intervenants peuvent être amenés à les minimiser dans ce contexte en particulier (Saini et al., 2012).
- Des interpellations et des crises incessantes résultant généralement de problèmes de communication fonctionnelle qui forcent les intervenants à devenir la pierre angulaire des échanges et à s'impliquer au-delà de leur rôle dans la situation (Malo et al., 2018; Saini et al., 2012).
- Des tentatives de contrôle, d'alliance et de manipulation exercées par les parents dans le but d'obtenir un avantage sur l'autre parent par rapport à un droit de visite ou de garde (Malo et al., 2018; Houston et al., 2017; Saini et al., 2012). Saini et al. (2012) notent que la manipulation est exercée tant auprès des intervenants que de l'enfant ou des juges.
- Des pressions sur les intervenants afin qu'ils prennent position dans le conflit. Les intervenants redoutent alors que leurs interventions puissent exacerber les conflits et nuire aux enfants (Houston et al., 2017)
- Des situations qui stagnent dans le temps, semblant inflexibles ou résistantes au changement; Sudland (2020) fait un parallèle avec le concept de frozen family culture (Seltzer et Seltzer, 1983). Les parents perdent de vue l'impact de leurs comportements sur leur enfant et s'attendent à ce que le changement vienne du conjoint (Saini et al., 2012; Houston et al. 2017; Sudland, 2020).

Dans ce contexte, les cas de CSS apparaissent chronophages, en plus de faire vivre un stress psychologique et émotionnel aux intervenants (Saini et al., 2012; Houston et al., 2017; Godbout et al., 2019; Sudland, 2020).

- Dans le cadre des entrevues menées par Sudland (2020), les participants décrivent notamment les échanges hautement émotifs entre parents auxquels ils doivent assister, ceux-ci étant ponctués de tensions, cris, propos haineux et blessants.
- Les intervenants rapportent un ensemble d'émotions négatives associées à ces cas tels que le pessimisme, une faible motivation, de la frustration, de l'exaspération, de l'épuisement, de la colère (Sudland, 2020), le sentiment d'être inefficace ou contre-productif (Houston et al., 2017).

Il peut en résulter que les intervenants s'éloignent de leurs principes d'intervention traditionnels (ex. : *empowering interventions*) pour privilégier une approche directive - voire menaçante - avec ces parents (Sudland, 2020).

1.3.2. Pistes de solution pour soutenir l'intervention impliquant des CSS

1.3.2.1. Formation spécialisée

La formation des intervenants apparaît comme une piste de solution dans toutes les études recensées. En détenant les connaissances nécessaires en lien avec les CSS, les intervenants seraient en mesure de prendre des décisions plus éclairées, d'intervenir de manière plus adaptée auprès des parents et de collaborer avec davantage d'assurance avec les professionnels externes, notamment ceux du système de justice. À cet égard, Godbout et al. (2019) rapportent que parmi les 225 intervenants s'étant prononcés sur les solutions à mettre de l'avant pour améliorer la pratique, 94% endossaient l'idée d'une formation spécialisée. Il est recommandé que les formations portent sur :

- La définition des CSS, leurs caractéristiques, les facteurs de risque, la nature des allégations de maltraitance des parents en CSS, les problématiques susceptibles d'y être associées (ex. : maltraitance psychologique, violence conjugale, aliénation parentale, santé mentale), les conséquences spécifiques des CSS sur le développement de l'enfant et la manière d'évaluer ces conséquences et les risques (Saini et al., 2012; Houston et al., 2017);
- Le mandat et le rôle des intervenants du système de la protection et le processus légal associé aux situations de CSS (Saini et al., 2012; Houston et al., 2017)
- Le développement de compétences de communication et d'écoute, de même qu'une meilleure compréhension par les intervenantes de la manière dont les parents comprennent les conflits qu'ils sont en train de vivre (Sudland, 2020).

1.3.2.2. Organisation du travail

Les études recensées aboutissent à plusieurs propositions d'organisation du travail visant ultimement à soutenir les intervenants dans leur pratique :

- L'intervention en dyade ou en équipe afin de prendre du recul par rapport à la situation, objectiver ses propres interventions et partager l'imputabilité des décisions qui seront prises (Malo et al., 2018; Godbout et al., 2019).
- Le développement d'une expertise spécialisée au sein des équipes : les professionnels souhaitant développer une expertise ou détenant celle-ci pourraient se voir assigner la majorité des dossiers impliquant des CSS. Ils pourraient également partager leur expertise et soutenir leurs collègues confrontés à ces cas (Houston et al., 2017; Saini et al., 2012). Ces professionnels pourraient être ciblés en fonction de leur niveau d'expérience puisque ceux en ayant le plus rapportent un niveau d'aisance plus élevé dans ces dossiers (Godbout et al., 2019).
- Un soutien psychologique particulier devrait être offert à ces intervenants afin qu'ils prennent de la distance et sachent se protéger des émotions que suscitent les conflits auxquels ils sont confrontés (Sudland, 2020).

Les intervenants ont par ailleurs besoin d'outils, notamment de guides de pratique, afin de favoriser la collaboration des parents et donc d'assurer la sécurité de l'enfant (Saini et al., 2012). Houston *et al.* (2017) suggèrent le développement de guides de pratiques spécifiques sur la manière d'identifier les maltraitements psychologiques potentielles liées directement aux CSS et le moment où il faut intervenir.

1.3.2.3. Développement d'une approche commune

Le développement d'une approche commune apparaît nécessaire pour rassembler les intervenants de la protection et les professionnels externes autour du meilleur intérêt de l'enfant. Des intervenants regrettent en effet de ne pas être vus comme des alliés, mais plutôt comme des adversaires (Houston et al., 2017).

- Cette approche commune, qui serait clairement communiquée au sein des établissements, devrait permettre de clarifier les rôles, les responsabilités et les limites du mandat des intervenants du système de PJ lorsqu'ils prennent en charge des cas de CSS (Houston et al., 2017; Godbout et al., 2019). Les intervenants pourraient ainsi mieux résister aux pressions qu'ils disent ressentir de tous les côtés, que ce soit de la part des parents, du système de justice et des autres des professionnels externes (Godbout et al., 2019; Saini et al., 2012).
- Le dialogue entre les divers professionnels gravitant autour de l'enfant apparaît nécessaire, ceci afin d'assurer une meilleure intégration des services et des interventions psychojudiciaires, de même qu'un partage d'expérience, d'expertise et de ressources (Saini et al., 2012; Houston et al., 2017). À cet égard, une équipe multidisciplinaire ou interprofessionnelle spécialisée en CSS apparaît d'ailleurs comme une ressource utile pour 85% des répondants (n=225) ayant participé à l'étude de Godbout et al. (2019).

1.4. Principaux constats

La recherche sur l'évaluation et la prise en charge des CSS par les intervenants du système de PJ n'a pas encore fait l'objet de travaux de synthèse (revue systématique, méta-analyse). Quelques constats peuvent cependant être faits à la lumière de la synthèse des études primaires identifiées dans le cadre de la présente recension :

- Les CSS sont reconnus comme une forme de maltraitance psychologique, mais ne sont pas définis de manière explicite dans la loi. Ce manque de définition des CSS rend le travail des intervenants particulièrement complexe, puisque les frontières entre CSS et violences conjugales sont floues.
- Le mandat des intervenants du système de PJ en cas de CSS manque de limites claires, entraînant de la confusion dans la perception de leur rôle par les parents, les acteurs du système de justice ou les autres professionnels externes; cette confusion peut amener ces derniers à exercer de la pression sur les intervenants et les obliger à sortir de leur rôle.

- Bien que les recherches sur les CSS se soient multipliées au cours des dernières années, les milieux de pratique n'ont pas suffisamment accès aux connaissances récentes. Il est nécessaire de développer l'expertise sur le terrain afin d'outiller les intervenants qui sont confrontés, dans le cas des CSS, à des interactions chronophages et éprouvantes avec les parents.
- L'expertise sur les CSS doit être développée au sein des équipes, notamment par un accès à de la formation ou la constitution d'équipes spécialisées au sein même des équipes.
- Les intervenants doivent être mieux outillés via des guides de pratique et des outils d'évaluation fondés sur des données probantes.
- Les intervenants et professionnels impliqués dans des cas de CSS manquent encore d'une approche commune qui permettrait de mieux comprendre les rôles de chacun et ainsi favoriser une meilleure intégration des services psychojudiciaires. Des formations communes entre intervenants et professionnels impliqués devraient être développées.

1.5. Références bibliographiques

- Godbout, É., Saini, M. et Turbide, C. (2018). Les conflits sévères de séparation : le point de vue et les besoins des intervenants en protection de la jeunesse. *Revue québécoise de psychologie*, 39(3), 99-124. <https://doi.org/10.7202/1058186ar>
- Gouvernement du Québec. Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1. À jour au 1er février 2020. Québec, Qc : Éditeur officiel du Québec. Disponible à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html.
- Houston, C., Bala, N., et Saini, M. (2017). Crossover cases of high-conflict families involving child protection services: Ontario research findings and suggestions for good practices. *Family Court Review*, 55(3), 362-374.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2016). Les mauvais traitements psychologiques : un mal silencieux. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse 2016. Récupéré de https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/Bilan_DPJ/INESSS_Bilan_DPJ_Mauvais_traitements_psycho_2016.pdf
- Malo, C., Morin, M., Moreau, J., Hélie, S., et Lavergne, C. (2018). L'exposition des enfants au conflit sévères de séparation. Les défis particuliers pour la pratique en protection au Québec. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(61), 55-72.
- Saini, M., Black, T., Lwin, K., Marshall, A., Fallon, B. et Goodman, D. (2012). Child protection workers' experiences of working with high-conflict separating families. *Children and Youth Services Review*, 34(7), 1309-1316.
- Sudland, C. (2020). Challenges and dilemmas working with high-conflict families in child protection casework. *Child and Family Social Work*, 25, 248-255. <https://doi.org/10.1111/cfs.12680>

2. SANTÉ MENTALE, SERVICES MÉDICAUX ET PHARMACOTHÉRAPIE

La santé mentale des enfants et adolescents placés dans un milieu extrafamilial (*foster care*) est une préoccupation importante pour les chercheurs et praticiens (Hambrick, Oppenheim-Weller, N'zi et Taussig, 2016). Compte tenu des traumatismes complexes souvent subis en bas âge et de fréquentes expériences de perte relationnelle, les jeunes suivis en vertu de la Protection de la jeunesse (PJ) sont à risques de développer des «*problèmes émotionnels et comportementaux*»¹⁵ (Burns, Philipps, Wagner, Barth, Kolko, Campbell et al., 2004).

Par ailleurs, afin de remédier aux psychopathologies des enfants et adolescents, un traitement est de plus en plus utilisé et il s'agit de la pharmacothérapie. Le fait d'être pris en charge en vertu d'une loi (régime de protection ou de justice pénale) est fortement corrélé à l'usage de médicaments psychotropes (Martin, VanHoof, Stubbe, Sherwin et Scahill, 2003).

L'objectif poursuivi par cette courte recension est donc de mieux cerner et comprendre les problèmes de santé mentale présentés par les enfants placés dans un milieu extrafamilial, leur accès aux soins et services de santé mentale, ainsi que l'usage de médicaments psychotropes pour y répondre.

Les écrits analysés ont été repérés à partir des bases de données MEDLINE et PSYCHINFO. Les mots clés utilisés sont: «*psychotropic medication OR pharmacotherapy*»; AND «*foster care OR foster home OR child welfare*» AND «*child OR mental health disorder OR psychiatric disorder OR behavior problem OR service use*». Les articles publiés entre 2000 et 2020 ont été examinés.

Seuls les articles portant spécifiquement sur les jeunes suivis en vertu d'une loi pour mineurs ont été retenus. Cela dit, dans ces études, des données relatives à la population normale sont souvent présentées afin de pouvoir établir des comparaisons. Dans les lignes suivantes, nous ferons de même. Le présent document offre un survol rapide du contenu de deux recensions systématiques, deux guides de pratique, une métaanalyse et 41 études primaires.

2.1. Terminologie

Dans les textes scientifiques ou gouvernementaux, les expressions «*problème de santé mentale*» et «*trouble mental*» sont parfois utilisées de manière équivalente. Quelques fois, en privilégiant la première formulation, les auteurs souhaitent transposer les concepts issus du champ de la psychopathologie et la psychiatrie, vers un autre qui se veut plus interdisciplinaire et intersectoriel.

¹⁵ Il est à noter que la terminologie employée pour décrire les psychopathologies varie grandement d'une étude à l'autre, ce qui sera discuté en conclusion. Dans ce travail de synthèse, nous utilisons les termes choisis par les auteurs cités.

On retrouve plus de 400 troubles mentaux dans le DSM, chacun étant d'une gravité et d'une durée variables. Voilà pourquoi il importe de distinguer le retard mental, les troubles de la personnalité, les troubles mentaux *modérés et transitoires* et les autres, *graves et persistants*. Les syndromes sont dits modérés et transitoires s'ils entravent le fonctionnement habituel d'un individu et qu'ils nécessitent un traitement spécifique (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). Les troubles anxieux et troubles de l'adaptation en sont des exemples.

Par troubles graves et persistants, on désigne plutôt les schizophrénies, troubles schizoaffectifs, délirants, dépressifs majeurs et bipolaires. Pour qu'il y ait gravité et persistance, à l'un de ces diagnostics spécifiques doivent s'appliquer deux critères supplémentaires. Le premier est une *invalidité significative et récurrente* (ex.: besoin d'aide pour les activités quotidiennes comme la préparation des repas ou la gestion de son argent) et le second une *trajectoire de traitements intensifs ou prolongés* (ex.: une intervention allant au-delà d'une simple consultation externe).

2.2. Prévalence et portrait des troubles mentaux plus courants

Au Canada, dans la population générale, 14% des jeunes sont aux prises avec un trouble mental (Waddell et al., 2002). Dans les foyers de groupe et centres de réadaptation, ce taux est habituellement multiplié par trois ou quatre. En effet, les enquêtes épidémiologiques estiment qu'environ 75% des jeunes en besoin de protection ont reçu des services en santé mentale (Hazen, Hough, Landsverk et Wood, 2004) et que de 50% d'entre eux ont reçu des diagnostics formels de troubles mentaux (Leslie et al., 2000). Dans les milieux de garde pour jeunes contrevenants, de 50% à 60% des adolescents répondent positivement aux critères d'au moins un trouble mental, dont 20% sont des troubles sévères (Cocozza et Skowrya, 2000).

Au plan clinique, dans ces populations spécifiques, on observe surtout des syndromes liés aux comportements perturbateurs, ainsi que des troubles liés à la consommation de substances psychoactives, troubles de l'humeur, troubles anxieux et syndromes de stress post-traumatique (Odgers et al., 2004). À cet âge, la prévalence des troubles mentaux *graves et persistants* est faible, bien que se pose souvent la question des premiers épisodes psychotiques (Foley et al., 2007) et du trouble bipolaire juvénile (Carlson et Glovinsky, 2009). Enfin, dans toutes les études, l'importance de la comorbidité est soulignée (Abram et al., 2003).

Au Québec, selon une étude de Toupin, Pauzé et Lanctôt (2009) menée auprès de 213 jeunes placés en centre de réadaptation, environ un tiers d'entre eux a reçu un diagnostic de trouble des conduites ou de trouble oppositionnel avec provocation, un jeune sur 10 a un diagnostic de TDA/H, environ 5% des jeunes ont un trouble de l'humeur et 30% des adolescents consomment de l'alcool ou des drogues. Comparativement à un échantillon de 213 adolescents provenant de milieux défavorisés, mais non placés, ces prévalences sont de « un peu » à « beaucoup » plus élevées. De plus, les jeunes placés vivent une plus grande exposition à la violence verbale et physique, ont plus de difficultés scolaires, un moins grand réseau

social, sont moins supervisés par leurs parents que les adolescents de milieu défavorisé et résidant à la maison familiale (Toupin et al., 2009).

Des études révèlent enfin que les diagnostics psychiatriques que présentent les jeunes placés sont peu conformes aux critères diagnostiques classiques et fréquemment accompagnés d'autres difficultés psychologiques (Krishnan et al., 2014; Narendorf, Bertram, et McMillen, 2011).

Dans les lignes suivantes, à titre d'exemple, trois syndromes sont présentés brièvement.

2.2.1. Trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité

Le TDA/H est caractérisé par trois sous types : a) principalement inattentif, b) principalement hyperactif-impulsif et c) mixte ou combiné. Les deux derniers sont significativement associés au risque de manifester des comportements agressifs, voire de développer un trouble de la personnalité. Les comportements agressifs, ouverts ou cachés, ne sont pas considérés comme un critère diagnostique du TDA/H, mais ils peuvent être suffisamment sévères pour que le sujet reçoive aussi un diagnostic de trouble des conduites (Connor, 2002). La concomitance des deux syndromes engendre des complications (AACAP, 2007a) dans la mesure où les jeunes hyperactifs, impulsifs et ayant un trouble des conduites sont plus agressifs.

2.2.2. Trouble dépressif

D'après Goldstein, Olubadewo, Redding et Lexcen (2005), le trouble dépressif est fréquent chez les jeunes suivis par la Protection de la jeunesse (PJ). Par exemple, au terme d'une métaanalyse, Fazel, Doll et Langstrom (2008) constatent qu'il s'agit de la psychopathologie la plus courante chez les filles délinquantes, exception faite du trouble des conduites. Lorsque des symptômes dépressifs s'ajoutent au trouble des conduites, les risques de comportements agressifs ou suicidaires augmentent (Domalanta et al., 2003). En effet, la perte d'espoir et le découragement peuvent mener à des passages à l'acte. Le tableau clinique se caractérise alors par de l'isolement, de l'irritabilité et la destruction d'objets chers. Parfois, la mauvaise image de soi est niée, le jeune cultivant plutôt des fabulations où il se présente comme un héros.

2.2.3. Prodrome de trouble bipolaire

Les symptômes d'impulsivité, de distractibilité et de labilité émotionnelle sont associés non seulement au TDA/H, mais aussi au trouble bipolaire juvénile ou pédiatrique. Selon l'AACAP (2007b), de plus en plus de jeunes manifestant des comportements incontrôlables et de l'agressivité reçoivent ce diagnostic. Même si l'agressivité ne fait pas partie a priori de la symptomatologie du trouble bipolaire, elle pourrait manifester l'apparition d'une variété sévère et à début précoce (Gauthier, Gignac, Lafortune et Cousineau, 2010). Alors que le trouble bipolaire classique affecte également les hommes et les femmes, sa forme juvénile est principalement rencontrée chez les garçons (Hendrick et al., 2000). De plus, le trouble bipolaire juvénile tendrait à être chronique et continu, plutôt qu'épisodique et aigu. L'humeur de certains jeunes fluctuerait en fonction de cycles très brefs.

2.3. Soins et services en santé mentale

Chez les jeunes pris en charge par la PJ, l'utilisation des soins et services en santé mentale varie énormément, les taux se situant entre 19% et 94% (Burns et al., 2004; Hazen et al., 2004; James, Landsverk, Slymen et Leslie, 2004). Ces variations peuvent s'expliquer en partie par le fait que le placement et la qualité des interventions qui lui sont associées (par ex. approche éducative) sont parfois suffisants pour remédier aux difficultés.

Les *services ambulatoires externes* comprennent les cabinets privés (ex. : psychologues, travailleurs sociaux), les services en santé mentale dispensés dans la communauté ou dans les centres de jour. Quant aux *services résidentiels*, ils incluent les hospitalisations psychiatriques et les cures de désintoxication. À partir de cette dichotomie, des chercheurs concluent que les services les plus couramment utilisés par les enfants placés sont ambulatoires (Burns, Philipps, Wagner, Barth, Kolko, Campbell et al., 2004; Hazen et al., 2004).

2.3.1. Prédicteurs de l'utilisation des soins et services en santé mentale

Des éléments spécifiques semblent associés à l'utilisation des soins et services par les enfants placés. Évidemment, la sévérité des symptômes présentés intervient d'abord. Cela dit, certains types de difficultés sont plus souvent à l'origine d'une demande de consultation ou de soins. Il s'agit principalement des troubles extériorisés, de la dépression et de l'automutilation (Minnis, Everett, Pelosi, Dunn et Knapp, 2006).

Le type de mauvais traitement vécu par l'enfant est aussi associé à la trajectoire de services (Leslie, Hurlburt, James, Landsverk, Slymen, et Zhang, 2005). Les victimes de maltraitance ou d'abus sexuel sont plus susceptibles de recevoir des soins que les enfants ayant vécu de la négligence. Raghaven et coll. (2005) ainsi que Connor et McLaughlin (2005) avancent que la prescription de médicaments psychotropes occupe une place prépondérante auprès des enfants ayant subi de la violence, comparativement aux prises en charge de jeunes victimes de négligence.

La trajectoire varie également en fonction de facteurs psychosociaux ou organisationnels. Le recours aux soins et services est plus fréquent dans certains types de ressource (placement en foyer de groupe ou centre de réadaptation plutôt qu'en milieu familial), lorsque l'enfant est d'origine caucasienne (plutôt de latino ou afro-américaine) et qu'il a connu plusieurs (dé)placements (Burns et al., 2004; James et al., 2004). Par ailleurs, les filles consultent davantage que les garçons (Hazen et al., 2004). Enfin, la formation théorique, l'expérience clinique, de même que le niveau de supervision des intervenants psychosociaux peuvent influencer le type de service privilégié (Leslie, Hurlburt, Landsverk, Barth et Slymen, 2004).

2.3.2. Obstacles à l'utilisation des soins et services en santé mentale

Si le placement extrafamilial peut offrir aux enfants et adolescents l'opportunité d'accéder à des soins et services (Leslie et al., 2005), des améliorations restent nécessaires à ce niveau (James et al., 2004, Simms, Dubowitz et Szilagyi, 2000). En effet, des lacunes sont

régulièrement rapportées, les principales concernant les listes d'attente et les procédures de références. Plusieurs soulignent aussi le besoin urgent de procéder plus systématiquement au dépistage des symptômes. Enfin, on déplore que les enfants symptomatiques ont rarement accès à une psychothérapie (Burns et al., 2004).

Depuis 40 ans, au Québec plus spécifiquement, la qualité des soins et services en santé mentale offerts aux enfants placés inquiète. Déjà en 1975, le rapport *Batshaw* mentionnait l'insuffisance, dans les centres de réadaptation, des mesures d'encadrement clinique des jeunes manifestant des problèmes de santé mentale. Ces inquiétudes persistent aujourd'hui. Ainsi, les centres de réadaptation doivent assumer la réadaptation de jeunes éprouvant à fois des problèmes de comportement, de maltraitance et de problèmes de santé mentale, sans avoir accès aux ressources et aux programmes appropriés. Le soutien offert par les milieux pédopsychiatriques semble limité et les délais d'attente sont souvent d'un an (Lacour, 2004).

Dans le contexte spécifique des centres jeunesse, une revue de littérature de Desjardins, Lafortune et Cyr (2010) corrobore le fait que les services de santé mentale dans les milieux d'hébergement sont insuffisants. De ce fait, les symptômes et troubles internalisés sont négligés, les origines et causes des difficultés des jeunes sont ignorées et les problèmes de comportements sont traités par les médicaments psychotropes.

2.4. Usage de médicaments psychotropes

Au cours des quarante dernières années, plusieurs recherches cliniques ont contribué à l'approbation de nouveaux médicaments psychotropes pour les jeunes (Martin et al., 2003). Durant la même période, les taux de prescription ont été en progression constante dans tous les milieux (ex.: écoles, médecine générale ou cliniques pédopsychiatriques). Cet accroissement du nombre de prescriptions faites est constaté, qu'importe l'âge, le sexe ou l'origine ethnique des jeunes en difficulté (Olson, Marcus, Weissman et Jensen, 2002).

Chez les jeunes issus de la population générale, les taux de prescriptions pour l'ensemble des médicaments psychotropes varient de 4% à 9% selon les pays étudiés (États-Unis, France, Allemagne, Grande-Bretagne ou Hollande). Des études internationales ont souvent constaté des différences significatives d'un pays à l'autre. Par exemple, le taux de prescription des antipsychotiques atypiques est de 3,8% aux États-Unis, comparativement à 0,2% en Europe (Bailly, 2007). Au plan social, on le sait, le recours à la médication psychotrope pour traiter les problèmes de santé mentale des enfants et adolescents reste controversé.

2.4.2. Médicaments psychotropes et placement extrafamilial

Les problèmes des jeunes placés en milieu extra familial étant multiples, complexes et sévères, il n'est pas surprenant de constater un important recours à la médication psychotrope pour cette population. Aux États-Unis, entre 21% et 49% des jeunes placés en milieu extrafamilial ont une prescription de médication psychotrope (Handwerk, Huefner, Ringle, Howard, Soper, Almquist et al., 2008; dosReis, Zito, Safer, Gardner, Puccia, et Owens, 2005) alors qu'entre 2,2 et 7,0% des adolescents de la population générale reçoivent un tel

traitement (Acquaviva, Legleye, Auleley, Deligne, Carel, et Falissard, 2009; Zito, Safer, dosReis, Gardner, Magder, Soeken et al., 2003).

Au Québec, la prévalence du recours à la pharmacothérapie a été mesurée auprès de 131 enfants et adolescents résidant en centre de réadaptation. Il s'est avéré que 37% d'entre eux prennent au moins une médication psychotrope (Lafortune, Laurier, et Gagnon, 2004). La majorité a une prescription de psychostimulant (56%) et/ou d'antipsychotique (54%), alors que certains reçoivent un antidépresseur (27%), de la clonidine (11%), un stabilisateur de l'humeur (9%), un sédatif hypnotique (5%). Plus de la moitié des adolescents prend plus d'un médicament psychotrope à la fois (54%) (Laurier, Lafortune, et Collin, 2010). Chez les enfants de 6 à 12 ans placés en unité de vie, le taux est plutôt de 70% (Desjardins et Lafortune, 2017).

2.4.3. Effets secondaires et observance des prescriptions

Plusieurs patients recevant un traitement psychopharmacologique rapportent également vivre des effets secondaires désagréables pouvant causer de la détresse comme des effets anticholinergiques (ex. : assèchement de la bouche), des maux de tête, des étourdissements, des difficultés digestives, des changements hormonaux, de l'irritabilité, de l'aménorrhée et la prise de poids (Pozzi et al., 2013; Talib et Alderman, 2013). De plus, des études ont démontré que certains effets secondaires répertoriés chez les patients adultes s'avèrent plus sévères chez les enfants et adolescents (Correll, Penzner, Parikh, Mughal, Javed, Caron et al., 2006).

Évidemment, la communauté scientifique est sensible à la problématique des effets secondaires de la médication psychotrope. Malgré tout, selon une étude réalisée aux États-Unis auprès de 1347 parents d'enfants et adolescents de la communauté recevant un traitement psychopharmacologique, 84% des parents des jeunes rapportaient au moins un effet secondaire lié à la médication psychotrope (Hilt et al., 2014).

Outre ce questionnaire, le recours aux médicaments pose le problème de l'observance du traitement. Une étude de Laurier, Lafortune et Collin (2010) auprès de 151 adolescents placés en centre de réadaptation révèle en effet qu'environ 70% d'entre eux présentent des comportements d'observance, comparativement à 38% chez des enfants et adolescents atteints d'un trouble psychiatrique chronique (Dean, Wragg, Draper, et McDermott, 2011) ou 37% chez une population d'adolescents avec troubles de l'humeur (Munson, Floersch, et Townsend, 2010).

Un tel écart est inquiétant considérant que l'observance d'un traitement est essentielle à son efficacité. De plus, il devient ardu pour le médecin de juger de l'efficacité du traitement si le patient ne prend pas sa médication comme prévu.

2.5. Principaux constats

- Dans la majorité des études recensées, la définition des problèmes de santé mentale et troubles mentaux observés chez les enfants s'avère imprécise. De plus, la

terminologie employée pour tracer le portrait clinique varie beaucoup d'une étude à l'autre.

- Les difficultés présentées par les enfants peuvent être décrites comme des «difficultés d'adaptation», des «problèmes de comportements», des «perturbations émotionnelles sévères» ou des «troubles psychiatriques».
- Il est possible que cette multiplication des termes reflète aussi une confusion quant à la définition des problèmes présentés par les enfants placés. Par exemple, ce qui constitue une «difficulté d'adaptation» pour un intervenant peut aussi bien être considéré comme un trouble psychiatrique par un autre.
- La plupart des troubles mentaux habituellement diagnostiqués chez les enfants et adolescents placés rendent compte de la présence d'une labilité émotionnelle, d'une impulsivité et, plus globalement, d'une auto régulation lacunaire.
- Les diagnostics psychiatriques que présentent les jeunes placés sont peu conformes aux critères diagnostiques classiques et fréquemment accompagnés d'autres difficultés psychologiques.
- Il n'est pas surprenant qu'une telle imprécision soit associée à une grande variation de la prévalence des psychopathologies (de 20% à 80%) observée d'un échantillon à l'autre.
- Les psychopathologies les plus fréquemment remarquées sont les troubles dits extériorisés (c.-à-d. déficit d'attention, impulsivité, hyperactivité). Ce sont aussi les troubles les plus souvent liés à l'utilisation des services et à la prescription de médicaments psychotropes.
- Le comportement est le symptôme le plus accessible pour les observateurs extérieurs, notamment puisque les enfants ont tendance à agir pour s'exprimer. L'agitation motrice et l'agressivité peuvent toutefois être les symptômes d'une anxiété de séparation, d'un trouble de l'attachement ou d'un état de stress post-traumatique.
- Le nombre de placements vécus peut influencer le portrait psychopathologique, puisque les enfants ayant connu plusieurs placements manifestent des comportements plus perturbés et plus extériorisés.
- L'utilisation des soins et services en santé mentale par les enfants placés n'est pas uniquement associée à la symptomatologie et sa sévérité. L'âge, le sexe, l'origine ethnique, le type de mauvais traitement subi et l'instabilité du placement jouent aussi un rôle.
- La seconde partie de cette recension a montré que la pharmacothérapie peut être utilisée dans un contexte où plusieurs difficultés d'accès aux soins sont éprouvées.

- Ainsi, un manque de soutien des spécialistes et de ressources appropriées pour les jeunes avec de lourdes problématiques est remarqué depuis longtemps, en plus des longs délais d'attente.
- Face à ces limites, le médicament psychotrope peut sembler être une solution plus accessible.
- Bien que d'importantes variations des taux de prescription soient observées, la prévalence chez les jeunes âgés de 6 à 18 ans pris en charge par la PJ est au moins trois fois plus élevée que celle observée dans la population normale.
- Les médicaments psychotropes sont parfois l'unique traitement offert, l'accès à la psychothérapie étant limité et compliqué.
- Un ensemble de recommandations peut être regroupé autour de l'importance du dépistage des troubles mentaux, de l'organisation des soins et services et de la formation continue des intervenants.
- *Dépistage lors de l'admission.* Il est probable qu'une proportion importante de jeunes placés ayant des troubles mentaux n'est pas dépistée et n'est donc pas traitée.
- *Organisation des services permettant un accès rapide à des soins et services.* En aval d'un dispositif de dépistage, il faudrait prévoir des évaluations plus approfondies assumées par des professionnels, de même qu'un accès rapide à des soins et des interventions spécifiques (« *in-reach service* »).
- *Continuité des soins et services.* Il importe de prévoir un arrimage entre les soins, la psychothérapie, la pharmacothérapie et les autres services sociaux. Cela implique notamment l'accès à des soins spécialisés pour les jeunes en état de crise aiguë (ex.: décompensation psychotique).
- *Formation continue des intervenants.* Même si la plupart des auteurs s'entendent sur l'importance de la formation du personnel, il reste encore à définir démarche structurée, des objectifs de la formation et à préparer du matériel pédagogique.

2.6. Références bibliographiques

- AACAP (2007a). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1):107–25.
- ACAAP (2007b). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. doi: 10.1097/chi.0b013e318054e724
- Abram, K.M., Teplin, L.A., McClelland, G.M., et Dulcan, M.K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1097–108.
- Acquaviva, E., Legleye, S., Auleley, G.R., Deligne, J., Carel, D., et Falissard B, B. (2009). Psychotropic medication in the French child and adolescent population : prevalence, estimation from health insurance data and national self-report survey data, *BMC Psychiatry*, 9, 72-78.
- Bailly, D. (2007). Aperçu historique des prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant. Dans : *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Masson.
- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y. et Landversk, J. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved with Child Welfare: A National Survey. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (8), 960-970.
- Carlson, G.A. et Glovinsky, I. (2009). The concept of bipolar disorder in children: a history of the bipolar controversy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 257-271.
- Connor, D.F. et McLaughlin (2005). A Naturalistic Study of Medication Reduction in a Residential Treatment Setting. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15 (2), 302-310.
- Cocozza, J. et Skowrya, K. (2000). *Youth with mental health disorders: issues and emerging responses*. Washington, DC: Office of juvenile justice and delinquency prevention.
- Connor, D.F. (2002). *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Correll, C.U., Penzner, J.B., Parikh, U.H., Mughal, T., Javed, T., Carbon, M., et Malhotra, A.K. (2006). Recognizing and monitoring adverse events of second-generation antipsychotics in children and adolescents, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(1), 177-206. doi:10.1016/j.chc.2005.08.007

- Dean, A.J., Wragg, J., Draper, J., et McDermott, B.M. (2011). Predictors of medication adherence in children receiving psychotropic medication, *Journal of Pediatrics and Child Health*, 47(6), 350-355.
- Desjardins, J., Lafortune, D., et Cyr, F. (2010). La pharmacothérapie dans les centres de rééducation: Portrait des enfants placés qui reçoivent des services médicaux, *La Psychiatrie de l'Enfant*, 53(1), 285-312.
- Desjardins, J. et Lafortune, D. (2017) Prévalence des prescriptions psychopharmacologiques aux enfants placés en foyer de groupe et en centre de réadaptation. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire/ Canadian Journal of Community Mental Health*, 36, 3, 20-34
- Domalanta, D.D., Risser, W.L., Roberts, R.E., Risser, J.M. (2003). Prevalence of depression and other psychiatric disorders among incarcerated youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 477-484.
- dosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Gardner, J.F., Puccia, K.B., et Owens, P.L. (2005). Multiple psychotropic medication use for youths: a two-state comparison, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 68-77.
- Fazel, S., Doll, H. et Långström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9):1010-9.
- Foley, S.R., Browne, S., Clarke, M., Kinsella, A., Larkin, C. et O'Callaghan, E. (2007). Is violence at presentation by patients with first-episode psychosis associated with duration of untreated psychosis? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 42(8):606-10.
- Gauthier, I., Gignac, M., Lafortune, D. et Cousineau, M.-M. (2010). Trouble des conduites : compréhension et typologie proposée. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58, 4, 208-217
- Goldstein, N. E. S., Olubadewo, O., Redding, R. E., et Lexcen, F. J. (2005). Mental Health Disorders: The Neglected Risk Factor in Juvenile Delinquency. In K. Heilbrun (Ed.), *Juvenile delinquency: Prevention, assessment, and intervention* (pp. 85-110). New York: Oxford University Press.
- Hambrick, E.P., Oppenheim-Weller, S., N'zi, A.M. et Taussig, H.N. (2016). The Mental Health Interventions for Children in Foster Care: A Systematic Review. *Children and Youth Services Review*, 70, 65-77.
- Handwerk, M.L., Huefner, J.C., Ringle, J.L., Howard, B.K., Soper, S.H., Almquist, J.K., et Chmelka, M. (2008). The role of therapeutic alliance in therapy outcomes for youth in residential care, *Residential Treatment for Children and Youth*, 25(2), 145-165.
- Hazen, A.L., Hough, R.L., Landsverk, J.A. et Wood, P.A. (2004). Use of Mental Health Services by Youths in Public Sectors of Care. *Mental Health Services Research*, 6 (4), 213-226.

- Hilt, R.J., Chaudhari, M., Bell, J.F., Wolf, C., Koprowicz, K., et King, B.H. (2014). Side effects from use of one or more psychiatric medications in a population-based sample of children and adolescents, *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 24(2), 83-89. doi: 10.1089/cap.2013.0036.
- Hendrick, V., Altshuler, L.L., Gitlin, M.J., Delrahim, S. et Hammen, C. (2000). Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5):393-6.
- James, S., Landsverk, J., Slymen, D.J. et Leslie, L.K (2004). Predictors of Outpatient Mental Health Service Use-The Role of Foster Care Placement Change. *Mental Health Services Research*, 6 (3), 127-141.
- Lacour, R. (2004). *De la complicité à la coresponsabilité. Rapport du comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Lafortune D, Laurier C, Collin, J (2005). Prevalence and patterns of psychotropic medication in youths residing in Rehabilitation Centers in Montreal. Resoumis après modifications à *International Journal of Forensic Mental Health Journal*.
- Lafortune, D. et Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : Prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Psychologie canadienne*, 47, 155-169
- Lafortune, D., Laurier, C. et Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre de réadaptation. *Revue de psychoéducation*, 33 (1), 157-176.
- Laurier, C., Lafortune, D., et Collin, J. (2010). Compliance with Psychotropic Medication Treatment among Adolescents Living in Youth Care Centres. *Children and Youth Services Review*, 32, 67-73
- Leslie, L.K., Hurlburt, M.S., Landsverk, J., Barth, R. et Slymen, D.J. (2004). Outpatient Mental Health Services for Children in Foster Care: A National Perspective. *Child Abuse & Neglect*, 28, 697-712.
- Leslie, L.K., Hurlburt, M.S., James, S., Landsverk, J., Slymen, D.J. et Zhang, J. (2005). Relationship between entry to child welfare and Mental health service use. *Psychiatric Services*, 56 (8), 981-987.
- Leslie, L.K., Landsverk, J., Ezzet, Lofstrom, R., Tschann, J.M., Slymen, D.J. et Garland, A.F. (2000). Children in Foster Care : Factors Influencing Outpatient Mental Health Service Use. *Child Abuse and Neglect*, 24 (4), 465-476.
- Martin, A., VanHoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T., Scahill, L. (2003). Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrollees in Connecticut medicaid managed care. *Psychiatric services*, 54 (1), 72-77.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2007). Gouvernement du Québec. Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse. 79 p.
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A.J., Dunn, J. et Knapp, M. (2006). Children in Foster Care: Mental Health, Service Use and Costs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15 (2), 63-70.
- Narenforf, S.C., Bertram, J., et McMillen, J.C. (2011). Diagnosis and medication overload? A nurse review of the psychiatric histories of older youth in treatment foster care, *Child Welfare*, 90(3), 27-43.
- Odgers, C.L., Burnette, M.L., Chauhan, P., Moretti, M.M. et Reppucci D. (2005) Misdiagnosing the problem: mental health profiles of incarcerated juveniles. *Canadian Child & Adolescent Psychiatry Review*, 14(1):26–9.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Weissman, M.M. et Jensen, P.S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (5), 514-520.
- Pozzi, M., Bertella, S., Cattaneo, D., Molteni, M., Perrone, V., Carnovale, C., Antoniazzi, S., Clementi, E., et Radice, S. (2013). Are non-serious adverse reactions to psychiatric drugs really non-serious?, *Journal of Child & Adolescent psychopharmacology*, 23(6), 394-400.
- Raghaven, R., Zima, B.T., Andersen, R.M., Leibowitz, A., Schuster, M.A., Landsverk, J. (2005). Psychotropic Medication Use in a National Probability Sample of Children in the Child Welfare System. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15 (1), 97-106.
- Simms, M.D., Dubowitz, H., Szilagyi, M.A. (2000). Health Care Needs of Children in the Foster Care System. *Pediatrics*, 106 (4), 909-918.
- Talib, H.J., et Alderman, E.M. (2013). Gynecologic and Reproductive Health Concerns of Adolescents Using Selected Psychotropic Medications, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 26, 7-15. doi:10.1016/j.jpag.2012.05.011
- Toupin, J., Pauzé, R., et Lanctôt, N. (2009). Caractéristiques des jeunes contrevenants qui reçoivent des services dans les Centres jeunesse du Québec, *Santé mentale au Québec*, 34(2), 123-145.
- Waddell, C., Offord, D.R., Shepherd, C.A., et al. (2002). Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 47, 825-32
- Zito, J.M., Safer, D.J., DosReis, S., Gardner, J.F., Magder, L et Soeken, K. (2003). Psychotropic practice patterns for youth: a 10-year perspective. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 157(1), 17-25.

3. UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX PAR LES JEUNES

3.1. Mise en contexte

L'utilisation des réseaux sociaux par les jeunes suivis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse constitue une préoccupation pour les intervenants. En effet, l'utilisation que ces jeunes en font peut grandement varier selon leur âge et leurs besoins individuels; elle peut également s'avérer néfaste pour eux. Il s'agit donc d'une réalité à laquelle les intervenants doivent s'adapter et avec laquelle ils ne sont pas nécessairement familiers. En outre, les réseaux sociaux constituent plus particulièrement un défi pour l'intervention en PJ depuis les amendements introduits à la LPJ en 2017, plaçant explicitement l'exploitation sexuelle sous l'article 38 d) :

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant toute forme d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant un risque sérieux d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation.

Dans ce contexte, le partage d'informations et de photos personnelles ou explicites sur les réseaux sociaux par les jeunes est une réalité que les intervenants en PJ ne peuvent négliger, ceci d'autant plus qu'ils doivent établir la compromission de la sécurité et du développement sur la base de « risque sérieux » de subir des gestes à caractère sexuel. À la lumière de ces premiers éléments de contexte, il apparaît donc que l'utilisation que font les jeunes des réseaux sociaux peut soulever des enjeux cliniques dans l'intervention en PJ. La présente recension vise à mieux cerner ces enjeux et à documenter les interventions et lignes directrices à privilégier pour guider les intervenants.

3.2. Méthodologie

Une recension rapide des écrits a été réalisée afin de répondre aux deux questions de recherche suivantes :

1. Quels sont les enjeux cliniques soulevés par l'utilisation des réseaux sociaux chez les jeunes suivis en vertu de la PJ, qu'ils fassent l'objet ou non d'un placement extrafamilial (famille d'accueil, centre de réadaptation)?
2. Quelles sont les interventions et lignes directrices pouvant guider les intervenants psychosociaux ou ceux du secteur de la réadaptation qui sont exposés à ce phénomène?

La base de données PsycInfo (Ovid) a été consultée à l'aide des mots clés suivants : (child* maltreatm* OR maltreatm* youth OR looked-after OR foster adolescent* OR foster teen* OR foster care OR protective service* OR child abuse OR child neglect OR child protection OR child welfare OR group home OR group living OR residential setting OR treatment facilit* OR residential treatment OR residential care OR residential placement OR out-of-home OR rehabilitation center OR residential care institution OR group home) AND (social media OR online network* OR online social network* OR facebook OR Twitter OR Instagram OR Snapchat OR Myspace OR Youtube OR mobile phone OR computer OR internet).

Afin de capturer les publications les plus récentes, la recherche a été limitée aux dix dernières années. La stratégie a été essentiellement basée sur une combinaison de mots clés retrouvés dans les titres et résumés. Seules les études publiées en anglais et en français ont été consultées. Enfin, une recherche exploratoire dans Google combinant les mots clés ci-haut mentionné a tenté de retracer des études de langue française qui n'auraient pas été repérées par les bases bibliographiques plus traditionnelles.

Dans un premier temps, une attention a été portée aux méta-analyses, revues systématiques et autres documents de synthèse. Cependant, vu l'absence de tels documents, des recensions narratives sans protocole méthodologique ainsi que des études primaires (ex., étude quantitative, qualitative ou mixte) et autres types de documents (revue de littérature, point de vue d'expert) ont été inclus pourvu qu'elles permettent de répondre aux questions de recherche.

La stratégie de recherche a permis d'identifier 316 publications. Une seule professionnelle a passé en revue les titres et les résumés de l'ensemble des références identifiés. Elle a ensuite analysé celles qui avaient la plus forte probabilité de répondre aux critères d'inclusion à partir des textes complets. Quelques 45 publications ont été retenues pour un examen plus approfondi¹⁶. Enfin, une étude non disponible dans les bases bibliographiques a été retracée dans Google.

Pour être incluses dans la recension, les publications devaient porter sur :

- a) les jeunes suivis en vertu de la PJ ou du système de justice pénale pour des adolescents, faisant ou non l'objet d'un placement extrafamilial (famille d'accueil ou centre de réadaptation);

¹⁶Ont été exclues les études: a) portant sur des jeunes qui ne sont pas dans les services de la protection de la jeunesse (service de psychiatrie, scolaire, etc.); b) portant uniquement sur l'utilisation des réseaux sociaux chez les intervenants sociaux; c) portant sur la protection des enfants en général face à l'internet (et non les enfants suivis par la protection de la jeunesse); d) portant sur les avantages et les risques d'utiliser les réseaux sociaux, e) portant sur l'utilisation de réseaux sociaux pour faire des cueillettes de données dans le cadre de travaux de recherche.

- b) des interventions ou actions prises par rapport à l'utilisation des réseaux sociaux en ligne;
- c) des enjeux cliniques, enjeux cliniques, interventions, lignes directrices, indicateurs utilisés ou proposés en matière d'utilisation des réseaux sociaux par les jeunes suivis en vertu de la PJ, description et analyse des enjeux cliniques relatifs à cette utilisation des réseaux sociaux;

Au final, 13 articles ont été retenus pour la lecture complète et une analyse faite à partir de la grille présentée dans le tableau 3. Il est à noter que, dans le cadre de cette recension rapide, les publications retenues n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de leur qualité méthodologique.

3.3. Résultats

Les treize publications incluses sont des synthèses sans protocole méthodologique systématique (n=4), des études quantitatives (n=6) et des études qualitatives (n=3). Ces travaux ont été menés aux États-Unis (n=7), au Royaume-Uni (n=4), en Turquie (n=1) et au Canada (n=1).

Un premier examen descriptif indique que ces travaux se sont intéressés aux adolescents ou jeunes adultes ayant une histoire de maltraitance (n=5), placés en famille d'accueil (n=3), placés en centre de réadaptation (n=2) ou plus largement suivis en vertu d'une loi sur la protection de la jeunesse (n=1), ainsi qu'aux intervenants qui travaillent avec ces jeunes (n=2). Le Tableau 2 présente les informations qui ont été extraites.

3.3.1. Quelques concepts clés

L'utilisation des réseaux sociaux renvoie à une variété d'outils, de services et d'applications qui permettent aux individus d'interagir au moyen d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un téléphone dans un environnement virtuel.

- Pour faciliter la communication, les téléphones intelligents permettent notamment d'utiliser les services de messagerie en ligne (communément appelé SMS = short message services).
- Pour le réseautage en ligne, les jeunes ont accès aux différents sites et applications (Facebook, MySpace, Instagram, Google+, Snapchat, etc.), technologies de partage (Youtube, Tumblr, etc.), réseaux de rencontre entre pairs (Tinder, Grindr, Kik, etc.), communauté en ligne (Pinterest, Twitter, etc.) et réseaux de jeux (World of Warcraft, Neopets, etc.).
- La création d'un profil personnel est nécessaire pour rejoindre les autres utilisateurs du réseau avec qui la connexion est partagée, visualiser ou même suivre les informations fournies par les autres utilisateurs (par connexion directe ou personne interposée) (Boyd, 2007; Boyd et Ellison, 2007).

- La taille (nombre d'amis) et la densité des liens (connexions entre les amis) permettent de décrire la composition du réseau social du jeune en ligne (Negriff et Valente, 2016).

3.3.2. Enjeux cliniques et risques liés à l'utilisation des réseaux sociaux chez les jeunes

Dans des études menées hors du champ de la protection de la jeunesse ou de la justice pénale pour les adolescents, les risques associés à l'utilisation des réseaux sociaux sont généralement formulés autour de la cyberintimidation ou de l'exploitation sexuelle, mais aussi sur le développement de l'image et de l'estime de soi tel qu'en témoignent, par exemple, la dépendance aux réseaux sociaux, l'hypersexualisation ou la pratique du sexting¹⁷. Chez les jeunes suivis en vertu d'une loi, il est possible que les réseaux sociaux entraînent des risques, mais les études ne permettent pas encore de préciser clairement ce qui caractérise les plus vulnérables.

- Dans une étude qualitative menée auprès d'intervenants, Sen (2016) indique que l'utilisation des réseaux sociaux chez les jeunes en famille d'accueil ne diffère pas tellement de celle chez les autres jeunes du même âge. Pour les uns et les autres, le réseau en ligne chevauche considérablement celui qui est entretenu hors ligne ou dans le monde réel. En ligne, le risque pourrait toutefois augmenter face à la probabilité d'être victime d'intimidation.
- Les adolescents ou les jeunes adultes ayant une histoire de maltraitance sont plus souvent décrits comme faisant une utilisation inadéquate d'internet ou des médias sociaux (ex.: faible contrôle du temps d'utilisation) (Kirkaburun, Griffiths et Billieux, 2019; Oshri, Himelboim, Kwon, Sutton et Mackillop, 2014 ; Worsley, McIntyre, Bentall et Corcoran, 2018; Yates, Gregor et Havikand, 2012).
- Les jeunes adultes ayant été victimes d'abus et dont la composition du réseau social est plus fragmentée (c.-à.-d. des amis, mais sans connexions les uns aux autres) sont plus susceptibles d'être exposés intentionnellement et non à des contenus sexuels en ligne et de manifester eux-mêmes des comportements sexuels inappropriés hors ligne (Negrif et Valente, 2016).
- Les liens entre l'histoire de maltraitance et l'utilisation inadéquate d'internet pourraient s'expliquer par différentes caractéristiques individuelles telles que des difficultés dans les liens d'attachement (Worsley et al. 2018), une représentation de soi négative (Kirkaburun et al., 2019) ou des difficultés à identifier, différencier et exprimer les émotions (les siennes ou celles des autres, Yates et al. 2012).

¹⁷ Envoi de contenu sexuellement explicite ou suggestif par l'intermédiaire de technologies mobiles.

3.3.3. Gestion des risques liés à l'utilisation des réseaux sociaux

Les travaux concluent unanimement que, de nos jours, il est aussi difficile de contrôler que d'ignorer les réseaux sociaux dans l'intervention. Des pistes d'intervention et lignes directrices sont proposées, mais elles ne font que très rarement l'objet d'une évaluation rigoureuse.

3.3.3.1. Évaluation de la vulnérabilité dans l'utilisation des réseaux sociaux

May-Chahal et al. (2014) indiquent que les jeunes sont vulnérables à la tromperie en ligne par les autres et recommandent d'évaluer de manière approfondie l'utilisation faite des médias sociaux. Cette évaluation devrait permettre de préciser quand et comment les jeunes se placent en situation de vulnérabilité. Les auteurs suggèrent différents éléments à considérer dans cette analyse :

- L'utilisation des réseaux sociaux par le jeune et, plus précisément, son degré d'implication;
- La capacité des parents à discuter de l'utilisation d'internet et leur capacité à assurer la sécurité de leur enfant;
- La définition et la compréhension de règles et limites familiales convenues entre les parents et les jeunes;
- L'emplacement et l'accès des ordinateurs ou appareils mobiles à la maison;
- En cas de préoccupations graves (ex.: virus ou hacking), la possibilité de demander des vérifications par des experts techniques spécialisés.

3.3.3.2. Apprentissage des réseaux sociaux des jeunes.

L'importance de soutenir les jeunes dans leur apprentissage des différents volets des réseaux sociaux et leur capacité d'en évaluer les risques versus les avantages fait consensus.

- Pour Fitch (2012), les jeunes doivent pouvoir s'adresser aux intervenants qui les accompagnent pour être aidés dans leur utilisation des médias sociaux. En effet, les risques sont plus grands si les adolescents vulnérables apprennent seuls ou qu'ils s'adressent à des pairs qui peuvent être des adeptes de la technologie, mais ne connaissent pas les enjeux relatifs à la protection de la vie privée et aux renseignements personnels. Il est donc préférable que les intervenants abordent ouvertement avec eux toutes les questions posées par les médias sociaux.
- S'intéressant plus spécifiquement aux adolescents placés en centres de réadaptation, Good et Mishna (2019) privilégient une approche individualisée et centrée sur la résilience. Plus précisément, il s'agirait d'aider les jeunes à : a) faire face aux risques du numérique, b) réfléchir de manière critique à l'influence et aux implications de l'utilisation des réseaux sociaux et c) développer principalement des liens prosociaux dans leur réseau.

- Pridgen (2010) recommande aussi d'aider les adolescents vulnérables et placés en centre de réadaptation à naviguer en toute sécurité sur Internet. Il faudrait même leur apprendre à utiliser de manière appropriée l'ensemble des appareils électroniques portables, c'est-à-dire trouver des façons de les intégrer à l'ensemble de leurs activités de groupe, formations professionnelles et formations didactiques. En somme, il s'agit d'aider les jeunes à ajuster leur utilisation des réseaux sociaux et leurs besoins socioémotionnels dans le monde réel.

3.3.3.3. Contacts enfant-famille, messagerie et réseaux sociaux

Dans les situations de placement, les contacts socionumériques (SMS, réseaux sociaux) ne devraient pas se substituer aux visites, mais ils peuvent être un levier d'action intéressant pour maintenir les liens familiaux (Maupas, 2019; Macdonald, Grace, Higgins et Robinson, 2017 ; Sen, 2010).

- Les contacts via les réseaux sociaux devraient reposer sur un choix éclairé visant à maintenir la relation ou, au contraire, la reconsidérer (Maupas, 2019; Macdonald et al., 2017). Ils sont fonction d'un ensemble de facteurs tels que l'historique de la relation parent-enfant, le parcours de la famille avec les services sociaux, l'histoire de placement et les étapes qui s'y rattachent, etc, Ils sont aussi conditionnels au fait que le jeune accepte de maintenir des contacts avec ses parents via les réseaux sociaux.
- Par rapport au maintien des liens parent-enfant via les réseaux sociaux, il est recommandé de considérer les contacts socionumériques comme un outil. Les obstacles identifiés s'inscrivent dans un contexte où la marge des parents est limitée et nécessite des interventions. Par exemple, des parents plus démunis et ayant des difficultés en lecture et écriture peuvent avoir des difficultés d'accès. Aussi, des parents peuvent avoir des difficultés à en faire bon usage, contourner les règles mises en place par les établissements ou encore, conclure par texto, avec l'enfant, des ententes qui vont à l'encontre de ce qui est établi avec l'intervenant. Ces contacts requièrent le soutien des intervenants pour renforcer le rôle parental tout en s'assurant que les messages restent adéquats (Maupas, 2019).
- L'usage des outils socionumériques nécessite un investissement monétaire non négligeable pour les familles et les milieux d'hébergement. En général, les parents investissent dans l'achat de téléphones intelligents puisque ces derniers offrent la possibilité de centraliser plusieurs outils tels que les SMS, internet et des applications comme Facebook et Snapchat (Maupas, 2010).

3.3.3.4. Communication enfant-intervenant, messagerie et réseaux sociaux

Dans leur synthèse, Sage et Sage (2016) indiquent qu'il est encore difficile de bien savoir avec quel jeune et quelle famille la communication professionnelle via les réseaux sociaux est possible, voire souhaitable. En effet, si l'utilisation des réseaux sociaux peut faciliter la communication entre l'intervenant et les jeunes, elle pose aussi des risques en termes de

partage d'informations personnelles ou possibilité de divulguer / avoir accès à des informations non compatibles avec un cadre d'échanges professionnels. Il est donc recommandé de baliser l'usage des réseaux sociaux par les intervenants via des politiques et procédures. À ce jour, aucune étude n'a évalué une telle politique en contexte de protection de la jeunesse. Sage et Sage (2016) recommandent néanmoins quelques pistes pour le faire:

- S'arrimer aux valeurs et objectifs de l'organisation, tout en abordant les risques et les avantages du recours aux médias sociaux;
- Faire une évaluation d'une politique d'utilisation des réseaux sociaux en tenant compte d'indicateurs de faisabilité, d'acceptabilité, de conformité légale et de flexibilité (capacité de s'adapter aux nouvelles plates-formes et de répondre aux dilemmes éthiques rencontrés dans la pratique);
- Développer des formations permettant aux intervenants et gestionnaires de bien comprendre les enjeux éthiques soulevés par le recours aux réseaux sociaux, notamment leurs avantages et limites (ex.: la confidentialité);
- Offrir des exemples concrets ce que peut être une utilisation professionnelle ou non professionnelle de ces technologies.

Selon Fitch (2012), des «systèmes heuristiques critiques» peuvent soutenir l'élaboration de politiques en cette matière. Entre autres choses, ces «systèmes» précisent des notions relatives à la vie privée dans l'utilisation de réseaux sociaux et tentent d'engager les jeunes dans l'élaboration des politiques de recours aux cyberréalités afin de les motiver, leur donner du contrôle et des connaissances, ou dit autrement, leur permettre de s'accomplir.

Selon Braciszewski et al. (2019), il est aussi possible d'accompagner les jeunes vulnérables via des programmes et applications en ligne qui utilisent les SMS ou l'internet. Les auteurs mentionnent par exemple «iHelp», un programme de soutien de la motivation au changement adapté aux jeunes ayant une problématique de dépendance (alcool, drogue, etc.). Dans ce cas, l'utilisation des réseaux sociaux et d'applications mobiles permet d'offrir un soutien à long terme, sans qu'il y ait présence d'un intervenant. «iHelp» a fait l'objet d'une évaluation et s'est avéré efficace pour augmenter le nombre de journées d'abstinence.

3.4. Principaux constats

- L'utilisation des réseaux sociaux par les jeunes vulnérables a rarement fait l'objet de travaux de synthèse (revue systématique, méta-analyse). Quelques pistes peuvent néanmoins être dégagées de synthèses narratives (sans protocole méthodologique) et d'études primaires récentes.
- Bien que les jeunes ayant une histoire de maltraitance soient plus à risque de rencontrer des problèmes dans leur usage des réseaux sociaux, on ne connaît pas encore ce qui caractérise les plus vulnérables d'entre eux. On sait toutefois que cette

vulnérabilité accrue s'inscrit plus globalement dans le cadre des difficultés qui découlent de la maltraitance vécue.

- Dans les textes recensés, il est proposé : a) de faire une évaluation approfondie de la vulnérabilité de l'enfant face aux dangers d'utilisation des réseaux sociaux, b) de soutenir l'apprentissage des bénéfices et risques des réseaux sociaux et c) d'engager les jeunes eux-mêmes dans l'élaboration de balises relatives à leur utilisation. Dans les cas de préoccupations plus graves, d) il peut être nécessaire de bénéficier d'une expertise technique et spécialisée.
- Les réseaux sociaux peuvent avoir leur place dans le processus d'accompagnement, mais ils présentent aussi des risques. Les bonnes pratiques pourraient viser à développer les forces et la résilience des jeunes, tout en prenant en considération leur âge et leurs besoins de protection.
- L'utilisation des réseaux sociaux peut être utile pour favoriser la stabilité des liens entre le jeune et les membres de la famille, voire entre le jeune et son intervenant. La fréquence de ces contacts devrait toutefois faire l'objet d'une planification et tenir compte des besoins individuels des jeunes, des familles et des conditions découlant des mesures judiciaires appliquées.
- Les contacts parent-enfant via les réseaux sociaux engendrent des frais, à la fois pour les familles et les milieux de vie des enfants. Ils nécessitent aussi du soutien et de l'assistance des intervenants pour renforcer le rôle des parents et s'assurer que les contacts restent adéquats.
- Les intervenants peuvent trouver utile de communiquer avec les jeunes et leurs familles par les médias sociaux. Mais, l'établissement doit baliser ces échanges à l'aide de politiques et procédures, ainsi que de formations abordant certaines règles éthiques, notamment celles qui concernent la confidentialité et la protection des renseignements personnels.
-

3.5. Références bibliographiques

- Boyd, D. (2007) Why youth (heart) social network sites: the role of networking publics in teenage social life. In: MacArthur Foundation Series on Digital Learning – Youth, Identity and Digital Media Volume (ed. D. Buckingham). MIT Press, Cambridge, MA.
- Boyd, D. M., et Ellison, N. B. (2007). Social network sites: definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210–230.
- Braciszewski, J.M, Tzilos, W.G.K., Moore, R.S., Bock, B.C., Stout, R.L. et Chamberlain, P. (2019). A pilot randomized controlled trial of a technology-based substance use intervention for youth exiting foster care. *Children and Youth Services Review*, 94, 466-476.
- Fitch, D. (2012). Youth in foster care and social media: A framework for developing privacy guidelines. *Journal of technology in Human Services*, 30, 94-108.
- Good, B. et Mishna, F. (2019). “Double-edged sword” of digital media use among youth in residential treatment : Perspectives of services providers, *Residential treatment for children and Youth* [En ligne], mise en ligne le 29 novembre 2019. URL : <https://doi.org/10.1080/0886571X.2019.1696263>
- Kircaburun, K., Griffiths, M.D. et Billieux, J. (2019). Childhood emotional maltreatment and problematic social media use among adolescents: The mediating role of body image dissatisfaction. *International journal of mental health and addiction*. [En ligne], mise en ligne le 16 janvier 2019. URL : <https://doi.org/10.1007/s11469-019-0054-6>
- Macdonald, G., Grace, P.K., Higgins, K.M. et Robinson, C. (2017). Mobile Phones and Contact Arrangements for Children Living in care, *The British Journal of Social Work*, 47, 828–845.
- Maupas, C. (2019). Le recours aux technologies socionumériques chez les parents d’enfants placés : support de liens, outils de résistances, *Enfances Familles Générations* [En ligne], mis en ligne le 15 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/efg/71>
- May-Chahal, C., Mason, C. Rashid, A., Walkerdine, J., Rayson, P. et Greenwood, P. (2014). Safeguarding cyborg childhoods: Incorporating the on/offline behaviour of children into everyday social work practices. *The British Journal of Social Work*, 44, 596–614.
- Negriff, S. et Valente, T.W. (2016). Structural characteristics of the online social networks of maltreated youth and offline sexual risk behavior. *Child abuse and neglect*, 85, 209-219
- Oshri, A., Himelboim, I., Kwon, J.A., Sutton, T.E. et Mackillop, J. (2014). Childhood physical and sexual abuse and social network patterns on social media: Associations with alcohol use and problems among young adult women. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 76, 845-851.
- Pridgen, B. (2010). Navigating the internet safely: Recommendations for residential programs targeting at-risk adolescents. *Harvard review of psychiatry*, 18, 131-138.

- Sage, M. et Sage, T. (2016). Social Media and E-professionalism in Child Welfare: Policy and Practice, *Journal of Public Child Welfare*, 10, 79-95.
- Sen, R. (2010). Managing contact in Scotland for children in non-permanent out-of-home placement. *Child Abuse Review*. 19, 423-437.
- Yates, T.M., Gregor, M.A. et Haviland, M.G. (2012). Child maltreatment, alexithymia, and problematic Internet use in young adulthood. *Cyberpsychology, behavior and social networking*. 15, 219-225.
- Worsley, J.D., McIntyre, J.C., Bentall, R.P. et Corcoran, R. (2019). Childhood maltreatment and problematic social media use: The role of attachment and depression. *Psychiatry research*, 267, 88-93.

4. ENFANTS IMMIGRANTS, RÉFUGIÉS OU ISSUS DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES

4.1. Mise en contexte

La population du Québec est de plus en plus diversifiée sur le plan culturel et social. Ces changements démographiques tendent à se refléter dans la composition de la clientèle desservie en protection de la jeunesse. Plusieurs études permettent également de constater que certains groupes de population, tels les enfants autochtones et les enfants noirs, sont surreprésentés aux différentes étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse (Dufour, Hassan et Lavergne, 2012; Turner, 2016).

Phénomène complexe dont la cause demeure difficile à comprendre, la disproportion d'enfants issus de la diversité culturelle est sans doute le fruit de l'interaction entre de multiples facteurs. Elle soulève néanmoins la question de l'accessibilité et de l'adéquation des services aux familles issues de la diversité ethnoculturelle (Dufour et al., 2012; Sawrikar et Katz, 2014).

La concordance entre les services offerts et les besoins de la clientèle issue de la diversité culturelle constitue une préoccupation de plus en plus importante au Québec. Le gouvernement dispose maintenant d'une Politique en matière d'immigration, de participation et d'inclusion dans laquelle l'équité dans la prestation des services publics constitue un enjeu prioritaire.

Les modifications apportées à la Loi de la protection de la jeunesse en 2007 exigent la prise en compte des caractéristiques de la clientèle issue des groupes ethnoculturels et des communautés autochtones dans l'intervention (Éditeur officiel du Québec, 2016). Les services de protection de la jeunesse sont donc appelés à intégrer la dimension interculturelle dans leurs pratiques, et ce en s'appuyant sur des standards afin de prévenir les disparités entre les interventions des professionnels et d'offrir aux familles une réponse plus adaptée et cohérente.

La présente section adopte la terminologie suivante. Par enfant immigrant, nous entendons un enfant âgé de 0 à 17 ans né à l'étranger qui vit dans le pays d'accueil (première génération d'immigrant) ou un enfant né dans le pays d'accueil de parents immigrants (immigrant de deuxième génération). Un enfant réfugié désigne une personne de moins de dix-huit ans née à l'étranger et qui vit dans le pays d'accueil dans le cadre de la politique relative aux demandeurs d'asile. Sont inclus les demandeurs d'asile ou sans-papiers (LeBrun, Hassan, Boivin, Fraser, Dufour et Lavergne, 2015). Les enfants autochtones, quant à eux, correspondent aux « personnes de moins de dix-huit ans qui appartiennent aux dix Premières Nations présentes sur le territoire québécois ainsi qu'aux Inuit » (Bureau international des droits des enfants, p.22).

Par l'examen de recensions d'écrits scientifiques publiées depuis 2010, cette section vise à dresser un portrait des connaissances, défis ou enjeux actuels de l'intervention en protection

de la jeunesse auprès de ces populations ainsi que des pratiques prometteuses et services adaptés auprès des familles immigrantes, réfugiées ou issues des communautés autochtones en protection de la jeunesse.

4.2. Méthodologie

La présente recension rapide vise à répondre aux deux questions de recherche suivantes :

1. Quels sont les enjeux ou défis actuels de l'intervention en protection de la jeunesse auprès des enfants immigrants, réfugiés ou issus des communautés autochtones ainsi que de leurs familles?
2. Quelles sont les recommandations concernant les pratiques prometteuses à privilégier pour a) offrir une réponse adaptée aux enfants immigrants, réfugiés ou issus des communautés autochtones ainsi que de leurs familles et b) contribuer à éliminer la disproportion observée dans le système et les disparités vécues?

Une recherche bibliographique a été effectuée pour la période 2010 à 2020 à l'aide de plusieurs bases de données dans le but de repérer les études pertinentes aux fins de la présente recension : PSYinfo, Érudit, Sign@l et Google Scholar. Certains sites pertinents tels que le Child Welfare information Gateway ont aussi été consultés. Les mots-clés utilisés en anglais et en français sont : (child protection / protection de la jeunesse) AND (culturally appropriate OR disparate services / adaptation OU inadaptation des services aux enfants immigrants, réfugiés issus des, minorité et des communautés autochtones) AND (systematic review OR literature review / revue systématique OU recension des écrits). Il est à noter que l'ajout des mots « standard de pratique » / standard of practices » à ceux présentés ci-haut n'a permis d'identifier aucune référence supplémentaire.

À partir de la liste des titres identifiés, les deux analystes ont chacune de leur côté sélectionné les recensions pertinentes puis comparé leurs résultats. Des échanges entre elles ont permis d'identifier quinze documents à prioriser. Chaque résumé a aussi inclus une appréciation de la qualité de la recension. Une analyse transversale thématique a ensuite été effectuée.

4.3. Résultats

Quinze documents ont été retenus pour la présente recension. Neuf documents sont tirés de la littérature spécifiquement québécoise, les autres proviennent de l'Ontario (Canada), de l'Australie et des États-Unis. Ils consistent tous en des recensions d'écrits (revue de littérature ou revue systématique).

Comme les réalités des enfants autochtones du Québec et leurs familles ne sont pas les mêmes que celles des enfants issus de l'immigration et que leurs rapports avec les services de protection de la jeunesse renvoient à des dynamiques politiques, sociales et historiques différentes, le portrait synthétique des connaissances sera présenté dans deux sections distinctes.

4.3.1. Intervention auprès des enfants immigrants ou réfugiés et leur famille

Les écrits portant sur l'intervention en protection de la jeunesse auprès d'enfants immigrants, réfugiés ainsi que de leurs familles font ressortir plusieurs défis ou enjeux. Voici un résumé ce qui est identifié à partir de huit recensions d'écrits consultées :

4.3.1.1. Droit à une protection égale versus respect des différences culturelles

Selon Sawrikar et Katz (2014), il existe en protection de l'enfance une tension entre a) le droit à une protection égale contre les risques et conséquences de la maltraitance et b) le respect des différences culturelles en ce qui a trait aux pratiques parentales et au fonctionnement familial.

Ces deux points de tension, appelés dans la littérature « absolutisme culturel » et « relativisme culturel », présentent chacun un risque tout aussi problématique pour la protection de la sécurité ou du développement des enfants concernés.

- Dans le cas de l'absolutisme culturel, la minimisation, voire la négation des différences au nom d'un principe d'égalité de traitement et de refus de toute forme de discrimination peut contribuer à augmenter les risques a) d'une mauvaise identification de la maltraitance chez les familles ainsi que b) d'une réponse inadéquate à leurs besoins (Sawrikar et Katz, 2014; Sawrjkar 2016).
- Dans le cas du relativisme culturel, la difficulté est que les enfants maltraités ou négligés peuvent ne pas être détectés parce que les intervenants évaluent faussement le comportement abusif des parents comme étant culturellement approprié (Sawrikar et Katz, 2014; Sawrjkar 2016). Selon ces auteurs, le juste équilibre entre l'égalité de traitement et la différence peut s'avérer difficile à trouver en protection de l'enfance en raison de la complexité de la tâche, mais aussi parce que la tendance à l'absolutisme est « naturellement » la plus forte. Dans ce champ de pratique, le principe de précaution sert de repère pour guider les décisions. En cas de doute, on préfère souvent intervenir auprès des familles plutôt que de laisser les enfants côtoyer des parents qui pourraient menacer leur sécurité ou leur développement, même si cela peut vouloir dire plus de faux positifs et mener à une surreprésentation de certains groupes d'enfants (Sawrikar, 2016).

En l'absence d'un soutien au développement des compétences interculturelles des intervenants et d'une véritable prise en compte de la diversité culturelle, la réponse aux besoins des familles immigrantes, réfugiées ou issues des communautés autochtones est susceptible de varier entre absolutisme et relativisme. Cette variabilité peut rendre les interventions auprès de ces familles incohérentes et affecter les résultats qu'elles permettent d'atteindre. Comme le souligne (Sawrikar, 2016) :

« Si les pratiques de chaque travailleur social oscillent entre ces deux positions, les risques de discrimination systémique et de sécurité des enfants sont

multipliés. Seules les familles chanceuses qui ont un travailleur social très compétent sur le plan culturel bénéficieront d'un bon service, ce qui rendra inefficace la capacité du système à traiter la culture » (traduction libre, p. 47).

4.3.1.2. Chocs culturels chez les intervenants

Que ce soit par manque de formation ou de ressources ou par réaction à des situations qui suscitent émotions et impuissance, les intervenants peuvent éprouver des chocs lorsqu'ils interviennent auprès de familles issues d'une culture différente de la leur. Ceci peut laisser place à de l'incompréhension culturelle ainsi qu'à des interventions peu adaptées, voire d'exclusion (Dufour et al., 2012). Ces incompréhensions culturelles concernent ce qui relève des domaines privé ou public, ce qui constitue un comportement parental abusif, de même que les besoins des enfants, l'autorité parentale, les méthodes disciplinaires et les relations homme-femme.

Les défis de la compréhension mutuelle sont exacerbés en contexte de protection, car, du point de vue des familles, l'intervention en protection de la jeunesse est souvent considérée comme légale, mais illégitime (Dufour *et al.*, 2012). Provenant de sociétés où la protection de la jeunesse n'existe pas ou est peu répandue, les familles issues de l'immigration ou réfugiées sont susceptibles de vivre beaucoup de confusion et d'anxiété vis-à-vis du système québécois. La honte et la peur du rejet par la communauté d'origine ainsi que la crainte des répercussions légales d'un signalement sur le projet migratoire des familles ou sur la perte de la garde d'un enfant peuvent contribuer à alimenter leur mauvaise perception de cette institution.

4.3.1.3. Manque de connaissance des défis et besoins spécifiques

Les écrits soulignent en outre l'importance d'une approche interculturelle qui va au-delà du simple choc des valeurs et tient compte des défis auxquels sont confrontées les familles immigrantes et réfugiées et des inégalités vécues (LeBrun, et al., 2015; Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016). La centration sur les seules attitudes dans ce contexte d'intervention peut avoir un effet d'essentialisation de l'identité culturelle, en plus de contribuer à occulter les inégalités socio-économiques et les défis d'intégration vécus par ces familles. Dans ce contexte, comprendre comment les facteurs de stress associés aux parcours tant migratoire que d'intégration dans la société d'accueil peuvent affecter l'expérience des familles et leur engagement en protection de la jeunesse est important pour favoriser une réponse adaptée aux besoins et des pratiques axées sur la reprise du pouvoir d'agir et la participation.

À cet égard, parmi les facteurs d'influence identifiés dans les écrits, on retrouve :

- les expériences pré migratoires traumatisantes (en particulier pour les réfugiés);
- les désavantages socio-économiques (c.-à-d. pauvreté plus élevée, déqualification professionnelle, manque d'accès au logement) qui frappent de manière importante ces familles;
- la méconnaissance de la langue;

- la perte ou le manque de soutien de la part de la famille élargie et du réseau social (en particulier pour les réfugiés);
- les conflits reliés à la transformation des rôles dans la famille qui peuvent affecter les relations entre les parents et les enfants ainsi qu'entre les conjoints et conjointes;
- le manque d'accès à de l'information sur les normes en matière de pratiques parentales et les alternatives sur les pratiques qui ne compromettent pas la sécurité des enfants;
- le manque de connaissance ou d'utilisation des ressources d'aide disponibles dans le quartier;
- une méconnaissance et la crainte à l'égard des autorités publiques comme la protection de l'enfance (LeBrun, *et al.*, 2015; Sawrikar et Katz, 2014).

4.3.1.4. Obstacles liés aux services et au soutien à l'intervention

Certains défis reliés aux services et au soutien institutionnel peuvent aussi limiter l'offre d'une aide adaptée.

- *La barrière de la langue et les enjeux reliés à l'interprétariat* : Au Québec, plusieurs établissements se disent peu outillés pour baliser l'interprétariat dans le cadre d'une intervention en santé et en services sociaux (Briand-Lamarche, Maltais et Guériton, 2017). Dans le domaine de la protection de l'enfance, une première difficulté réside dans le manque d'accès à des services d'interprètes professionnels en raison du manque de moyens dont disposent les services sociaux (Sawrikar, 2016). Ce sont donc des personnes dans l'entourage de la famille, ou même les enfants eux-mêmes, qui jouent le rôle de traducteur, ce qui soulève des problèmes éthiques et nuit à la fiabilité de l'information transmise.
- En ce qui concerne les services professionnels, la principale difficulté identifiée a trait au manque de qualité de la traduction. Celle-ci est associée à un manque de neutralité ou des difficultés à bien traduire le sens des propos des intervenants, souvent par manque de connaissance du contexte sociolégal de la protection de la jeunesse. Ces distorsions dans la communication peuvent entraîner une perte de confiance chez les familles et nuire à l'établissement d'une relation de travail positive avec les intervenants.
- *Le manque de soutien institutionnel* : les intervenants en protection de la jeunesse manquent du soutien institutionnel nécessaire pour offrir aux familles concernées une aide adaptée (Dufour *et al.*, 2012; Grenier Lavergne et Sarmiento, 2016). Les particularités de l'intervention auprès de cette clientèle (ex.: complexité, durée, problèmes de communication) ne seraient pas assez prises en considération par les établissements (ex.: ajustement de la charge de travail). Les programmes de formation et le soutien clinique ne seraient pas suffisants (Grenier *et al.*, 2016).

- *Le manque d'accès à des programmes et activités cliniques adaptés culturellement* : cet aspect est identifié dans plusieurs recensions (Dufour et al., 2012; Dufour, Lavergne, St-Laurent et Lord, 2017; Turner, 2016). Le bilan réalisé par Dufour et al., (2017) permet de constater qu'au Québec, dans le cadre de l'hébergement ou du placement, peu de programmes sont mis en place afin de favoriser la préservation de l'identité culturelle des enfants placés et le maintien des liens avec leur communauté d'appartenance. Peu ou pas d'initiatives visent à identifier les besoins de cette clientèle, les priorités d'action ou à évaluer les mesures mises en place (Dufour et al., 2017). Enfin, les connaissances sur l'efficacité des interventions efficaces en matière de maltraitance sont encore peu développées, ce qui ne permet pas de savoir si les interventions élaborées pour le groupe majoritaire répondent aux besoins des groupes minoritaires (Dufour et al., 2012; Grenier et al., 2016).

4.3.1.5. Préoccupations concernant les sources de signalement obligatoire

Les constats sur la disproportion des enfants issus des minorités dans le système de protection de la jeunesse amènent des questionnements quant aux décisions des personnes qui ont l'obligation de signaler. Plusieurs études se sont intéressées « au premier point de contact où la disproportion peut être introduite dans le système » (Turner, 2016 : 28). Elles ont montré que le milieu scolaire est particulièrement concerné par la surreprésentation des enfants noirs à l'entrée du système de protection de la jeunesse, puisqu'il représente la première source de signalements de ces enfants, notamment au Québec (Dufour et al., 2012; Turner, 2016).

Du fait du temps passé avec les enfants, les intervenants scolaires sont particulièrement bien placés pour identifier des situations d'abus ou de négligence. Le contexte interculturel est cependant susceptible d'ajouter de la complexité à une décision déjà difficile. Faudrait-il contribuer à la stigmatisation sans motif des parents déjà vulnérables? Ou inciter à un signalement de la situation sans démarches alternatives? La recherche a démontré la nécessité de parfaire les connaissances des intervenants du milieu scolaire, en particulier en ce qui a trait à la différence entre la punition corporelle et l'abus physique ou entre les pratiques disciplinaires raisonnables et déraisonnables (Clément, Dufour et Pelletier Gagnon, 2019).

4.3.1.6. Nouvelles problématiques, nouveaux défis

- *Absence ou précarité du statut migratoire* : Certains écrits évoquent le fait que l'absence ou la précarité du statut d'immigration serait un enjeu important pour les nouveaux arrivants auprès de qui les services de protection sont appelés à intervenir (Dufour et Lavergne, à paraître ; Sawrikar, 2016). Cette situation prive les familles d'un filet minimal de sécurité sociale et nuit à leur capacité à répondre aux besoins de base de leur enfant. Par ailleurs, la crainte des parents à l'égard de la déportation et l'inquiétude d'être séparé de l'enfant né ici peut constituer un obstacle important à l'ouverture aux services d'aide, en particulier ceux offerts dans le contexte de la protection de l'enfance, ainsi qu'à leur engagement dans l'intervention.

- *Violences basées sur l'honneur (VBH)* : Les violences basées sur l'honneur ne retiennent l'attention des experts et des intervenants que depuis peu. Au Québec, c'est suite à un drame familial mortel fortement médiatisé que cette problématique a émergé sur la place publique. Des travaux récents permettent de constater que, malgré un intérêt croissant pour cette problématique, subsistent des problèmes importants dans l'offre d'une aide adaptée et efficace auprès des femmes et des filles qui en sont victimes. Parmi ceux-ci, il faut mentionner des problèmes de définition. En effet, les recensions consultées rapportent un manque de consensus à cet égard, en particulier sur la façon de distinguer les VBH des autres formes de violence faite aux femmes et aux filles (Bhanbhro, de Chavez et Lusambili, 2016; Geadah, 2013). À cela s'ajoute aussi un problème de reconnaissance de la problématique dans les différents milieux de pratique, ainsi qu'un manque d'outils d'évaluation des risques et de mesures de suivi appropriées (Geadah, 2013).

4.3.2. Recommandations sur les pratiques prometteuses à privilégier

Bien que la relation individuelle entre les familles et les intervenants soit généralement considérée comme cruciale pour qu'il y ait une pratique culturellement adaptée, ce n'est pas uniquement à ces derniers que revient la responsabilité d'offrir des services appropriés. Les intervenants doivent être soutenus par leurs organisations afin d'offrir une aide adaptée aux familles immigrantes ou réfugiées et d'éliminer les biais systémiques qui font que certains groupes sont surreprésentés.

Pour en arriver à construire un système plus sensible culturellement, les pratiques prometteuses définissent trois niveaux d'intervention : politique, organisationnel et professionnel. Il est à noter que ces recommandations manquent encore d'appui empirique solide (Dufour *et al.*, 2017). En voici une synthèse :

4.3.2.1. Niveau politique

- Orientations et stratégies spécifiques à inclure dans les orientations ministérielles en matière de protection de l'enfance (Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016).
- Analyse des données clinico-administratives et diffusion de l'information sur les caractéristiques et besoins de la clientèle issue des minorités ethnoculturelles (Child Welfare Gateway, 2011; Dufour *et al.*, 2012; Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016).
- Stratégies de communication destinées aux familles immigrantes et réfugiées concernant notamment les services de protection, leur mandat et leur rôle (Sawrikar et Katz, 2014).

4.3.2.2. Niveau organisationnel

- Efforts de recrutement du personnel (gestionnaire et intervenants) de sorte qu'il reflète la diversité de la clientèle (Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016).

- Accès des intervenants à des services d'interprétariat professionnels et des directives quant à l'utilisation de ces services (Briand-Lamarche *et al.*, 2017; Sawrikar et Katz, 2014).
- Concertation avec les autres systèmes, dont le milieu scolaire, afin de les engager et les renseigner sur la disproportion des enfants immigrants ou réfugiés (Child Welfare information Gateway, 2010; Turner, 2016).
- Relations de collaborations et partenariats avec des organismes qui peuvent offrir une aide adaptée à ces enfants et familles (Child Welfare information Gateway, 2010; Dufour *et al.*, 2012; Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016).
- Perfectionnement du personnel dans le but d'accroître les compétences interculturelles (c.-à-d. conscience de ses propres référents culturels à l'égard de ses façons d'agir et d'intervenir, sensibilité et respect à l'égard des différences culturelles) et formations sur des enjeux propres à l'intervention en protection de la jeunesse en contexte interculturel (ex. : disproportion, défis, obstacles et besoins spécifiques des familles, évaluation des risques, en particulier dans le contexte des VBH, approche collaborative fondée sur les forces des familles, etc.) (Child Welfare information Gateway, 2010; Dufour *et al.*, 2012; Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016).
- Selon Pouliot, Gagnon et Pelchat (2014), les formations visant à soutenir les pratiques d'intervention au moyen d'approche pédagogique de type « expérientielle et participative », bien qu'encore peu nombreuses au Québec semblent mieux répondre que les formations générales aux besoins et attentes des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.
- Supervision clinique continue afin de soutenir les intervenants dans l'intégration de compétences interculturelles dans leurs pratiques courantes (Child Welfare information Gateway, 2010; Dufour *et al.*, 2012; Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016).
- Adaptation des outils, processus et programmes cliniques en place par l'ajout de directives ou suggestions afin de favoriser la prise en compte de la dimension culturelle, d'éviter les biais et d'offrir une aide adaptée (Child Welfare information Gateway, 2010; Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016).
- Évaluation des programmes et de leurs retombées pour les enfants et les familles (Sawrikar et Katz, 2014; Dufour *et al.*, 2017).
- En matière de placement et d'hébergement des enfants et des jeunes, on recommande :
 - De la formation et des guides de pratiques pour les familles d'accueil qui ne sont pas issues des mêmes groupes que les enfants afin de les aider à mieux répondre aux besoins identitaires de ceux-ci.

- Le placement chez une famille de proximité lorsque cela est possible
- Du mentorat pour les jeunes en hébergement ou en famille d'accueil (Dufour et al., 2017; Turner, 2016).

4.3.2.3. Niveau professionnel

- Formation afin d'accroître les compétences interculturelles (Child Welfare information Gateway, 2010; Dufour et al., 2012; Saint-Jean et Dufour, 2018; Sawrikar et Katz, 2014).
- Adoption d'une pratique réflexive afin d'être conscient de ses valeurs et schèmes de référence et de demeurer vigilant face à ses propres biais ou préjugés (Dufour et al., 2012; (Saint-Jean et Dufour, 2018; Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016).
- Mobilisation dans l'intervention de l'approche collaborative fondée sur les forces (Child Welfare information Gateway, 2010; Turner, 2016).
- Recours à une banque d'interprètes professionnels connaissant les enjeux de protection. Collaboration et transparence avec l'interprète. Ne pas accepter que les enfants ni les jeunes jouent ce rôle (Briand-Lamarche et al., 2017; Sawrikar et Katz, 2014).
- Recours au besoin à une « expertise » interculturelle pour valider la compréhension des situations (Dufour et al., 2012; Sawrikar et Katz, 2014).
- Référence des familles vers des services généraux et culturellement adaptés afin de répondre aux besoins liés à la parentalité et aux défis d'intégration (Child Welfare information Gateway, 2010; Dufour et al., 2012; Sawrikar et Katz, 2014; Turner, 2016).

4.3.3. Interventions auprès des enfants autochtones et de leurs familles

La surreprésentation importante des enfants autochtones dans le système de protection de la jeunesse au Québec et ailleurs au Canada, en particulier au niveau des placements extra familiaux, est un phénomène préoccupant. Elle est associée dans les écrits à plusieurs causes et en particulier à l'interaction entre quatre facteurs : a) les conditions socio-économiques difficiles; b) l'histoire coloniale et les politiques d'assimilation; c) les biais culturels et systémiques dans l'intervention; et d) le sous-financement ainsi que le manque de services préventifs (Bureau international des droits des enfants, 2015; Guay et Ellington, 2018).

Malgré plusieurs changements législatifs et efforts visant à améliorer la situation des enfants et des services, l'intervention en protection de la jeunesse auprès des familles autochtones continue de soulever plusieurs défis. Les problèmes qui se posent actuellement dans l'application de la Loi québécoise sur la protection de la jeunesse aux réalités des communautés autochtones ont été identifiés à partir de trois recensions des écrits récentes (Bureau international des droits des enfants, 2015; Guay et Ellington, 2018; McGinn et Damasse, 2014) et peuvent être résumés de la manière suivante :

4.3.3.1. Barrières culturelles et linguistiques

Selon Guay et Ellington (2018), les familles autochtones sont confrontées à des barrières culturelles et linguistiques lorsque des services de protection de la jeunesse interviennent dans leur vie. Au plan culturel, tant la définition de concepts utilisés dans la LPJ (ex. : « intérêt de l'enfant ») que les modes de fonctionnement et les pratiques mises en œuvre ne reflètent pas leur identité et sont donc source d'incompréhension. Par ailleurs, le manque de formation des intervenants allochtones sur des compétences interculturelles ainsi que sur les réalités et la culture des communautés autochtones peut ajouter à l'incompréhension entre familles et intervenants en plus de favoriser une disparité dans les décisions et, plus précisément, le placement des enfants.

Outre ces écarts culturels, Guay et Ellington (2018) soulignent que la langue contribue à amplifier l'incompréhension des familles à l'égard du régime actuel. Les services de protection de la jeunesse sont le plus souvent dispensés dans une autre langue que celles des communautés. L'accès à des services d'interprète est difficile et la plupart des documents importants permettant de comprendre les enjeux de protection qui se posent aux familles ne sont pas traduits. Les familles éprouvent des difficultés à comprendre les subtilités de ce système complexe de même que les nuances du discours des différents acteurs qu'elles sont appelées à rencontrer dans le cadre d'une intervention d'autorité. Ce type d'obstacle nuit à la qualité des services offerts en plus d'affecter la confiance des familles à l'égard du système.

4.3.3.2. Problèmes d'accès à des interventions, programmes et services adaptés

- Parmi les lacunes importantes identifiées dans les recensions, on retrouve l'approche individuelle et centrée sur les seules capacités parentales promue par les programmes en matière de négligence. Celle-ci est à l'opposé de « l'approche holistique autochtone

qui implique de considérer l'enfant, sa famille et la communauté » (Guay et Ellington, 2018, p. 37). De plus, ce type de programme serait peu adapté pour répondre aux nombreux défis et obstacles vécus par les familles en lien avec la précarité de leurs conditions de vie (McGinn et Damasse, 2014).

- Les communautés ont peu accès à des services spécialisés (ex. évaluations psychologiques), ce qui est particulièrement problématique considérant les durées maximales de placement prévues dans la LPJ qui obligent les parents à se reprendre en main rapidement afin d'éviter le retrait des enfants à plus long terme (Guay et Ellington, 2018).
- L'absence de ressources d'hébergement spécialisées favorisant le maintien des liens avec la culture des communautés autochtones constitue, selon le Bureau des droits des enfants (2015) « un autre facteur nuisant à la réadaptation et à la réinsertion des jeunes au sein de leur communauté d'origine » (p.74). Les communautés font également face à une pénurie de familles d'accueil, ce qui peut avoir pour conséquence d'augmenter les risques que l'enfant soit placé loin de sa famille. De leur côté, plusieurs familles d'accueil au sein des communautés manquent de connaissance sur les modalités d'accès aux services pour les enfants dont elles s'occupent (Guay et Ellington, 2018). Cette difficulté, combinée à un manque d'accompagnement sur la manière de naviguer dans un système administratif complexe peuvent, en fin de compte, nuire à la réponse aux besoins des enfants.
- Un manque d'accès aux services juridiques, notamment pour permettre aux familles d'être représentées lors des audiences devant le Tribunal, est aussi mentionné (Guay et Ellington, 2018).

4.3.3.3. Enjeux reliés au manque de personnel

L'insuffisance de personnel autochtone et allochtone qualifié et compétent (entre autres sur le plan interculturel) ainsi que le haut taux de roulement constituent un défi de taille pour les communautés (Bureau des droits des enfants, 2015; Guay et Ellington, 2018). Ces difficultés, amplifiées par les nouvelles exigences imposées par le Code des professions du Québec en lien notamment avec les actes réservés, ont des répercussions importantes sur la prestation des services en termes de continuité et d'intensité (Guay et Ellington, 2018). En outre, cela crée une surcharge de travail pour les intervenants en place qui « doivent le plus souvent parer aux urgences et ne peuvent donc pas développer des plans d'intervention à long terme ». (Bureau des droits des enfants, 2015 : 73).

4.3.3.4. Enjeux reliés à l'autonomie en matière de gouvernance des services de protection

Cette autonomie des communautés autochtones est considérée par celles-ci comme un droit fondamental, mais aussi comme un moyen d'assurer aux enfants et aux familles des services plus efficaces et culturellement appropriés (Bureau des droits des enfants, 2015).

L'introduction dans la *LPJ* de l'article 37.5 permet depuis 2007 la négociation d'ententes avec le MSSS concernant la délégation de plusieurs des responsabilités de la DPJ aux communautés; ces ententes sont cependant encore peu nombreuses, car certaines difficultés font obstacle (Bureau des droits des enfants, 2015). Selon Guay et Ellington (2018), « plusieurs communautés témoignent de la complexité et de la lourdeur du processus. De plus, aucun financement supplémentaire n'est accordé pour la négociation, la planification et la mise en œuvre de ce type d'entente » (pp. 41-42).

4.3.3.5. Enjeux reliés au financement des services

Les écrits permettent d'identifier un problème de financement des services, engendré en particulier par des différends dans le partage de compétences entre les deux paliers de gouvernement (Bureau des droits des enfants, 2015; Guay et Ellington, 2018). Selon Guay et Ellington (2018), cette situation unique aux communautés fait en sorte que les enfants autochtones et leurs familles peuvent se voir privés de services pourtant offerts aux non autochtones dans les mêmes circonstances (ex. : frais de transport de l'enfant entre sa communauté et les services de protection). Malgré certaines avancées pour tenter de redresser la situation, dont le principe de Jordan¹⁸ qui n'est pas encore pleinement appliqué, le financement reste insuffisant et ne tient pas compte de la réalité géographique et sociale des communautés (Bureau des droits des enfants, 2015; Guay et Ellington, 2018).

4.3.4. Recommandations sur les pratiques prometteuses à privilégier

Les recensions consultées pointent vers différentes recommandations concernant trois niveaux d'intervention : politique, organisationnel et professionnel. En voici une synthèse :

4.3.4.1. Niveau politique

- Mettre en place des mécanismes pour s'assurer que les recommandations émises concernant les défis vécus par les communautés autochtones en lien avec les systèmes de protection soient réalisées (Bureau international des droits des enfants, 2015; Guay et Ellington, 2018).
- Octroi d'un financement suffisant pour la réalisation d'une plus grande autonomie des communautés autochtones en matière de prise en charge des services de protection (Bureau international des droits des enfants, 2015; Guay et Ellington, 2018).

¹⁸ Le principe de Jordan est une règle juridique canadienne qui cherche à réduire les problèmes engendrés par les conflits de compétences entre les deux paliers de gouvernements en matière d'accès aux services publics dont les enfants des Premières nations ont besoin (Guay et Ellington, 2018).

- Coopération entre les communautés et les différents paliers de gouvernement afin de voir à la mise en œuvre des recommandations émises en matière de protection des enfants autochtones (Bureau international des droits des enfants, 2015).
- Collecte et analyse de données sur le nombre d'enfants autochtones pris en charge par le système de protection de l'enfance, les coûts engagés pour des services de prévention et autres, et les résultats des interventions (Guay et Ellington, 2018).

4.3.4.2. Niveau organisationnel

- Programmes adaptés et holistiques considérant les déterminants sociaux propres aux communautés autochtones dans leur ensemble et visant le bien-être intégral de l'enfant (Bureau international des droits des enfants, 2015; McGinn et Damasse, 2014). McGinn et Damasse (2014) soulignent l'importance d'élaborer et de mettre en œuvre ces interventions à l'aide d'un processus de consultation avec les communautés autochtones.
- Formation à la compétence interculturelle comprenant les connaissances pertinentes sur l'histoire des peuples autochtones et les répercussions des pensionnats et respectant la diversité au sein des populations autochtones (Guay et Ellington, 2018).
- Embauche d'intervenants autochtones pour offrir une intervention adaptée sur le plan linguistique et culturel au sein des communautés et l'utilisation de « consultants culturels » pour soutenir les intervenants non autochtones (McGinn et Damasse, 2014).
- En matière de placement, tout doit être mis en œuvre pour que l'enfant demeure chez ses parents, sinon être hébergé par des proches ou sinon dans une famille d'accueil adaptée à sa culture (Bureau international des droits des enfants, 2015; Guay et Ellington, 2018).
- Participation des enfants, adultes et aînés à la consultation, la recherche et la prise de décision concernant les services sociaux ainsi que les autres aspects de leur vie communautaire, et ce dans tous les aspects de la planification, de la mise en place et de l'évaluation des interventions (Bureau international des droits des enfants, 2015; McGinn et Damasse, 2014).

4.3.4.3. Niveau professionnel

- Prise en compte des différences culturelles lors de l'évaluation et de l'intervention auprès d'enfants autochtones et leurs familles, en particulier sensibilité aux particularités culturelles, y compris les séquelles des pensionnats et les conséquences négatives induites par l'application de normes qui sont en réalité celles de la société occidentale (Bureau international des droits des enfants, 2015; Guay et Ellington, 2018).

- Adoption d'une pratique réflexive continue afin d'être conscient de ses valeurs et schèmes de référence et de demeurer vigilant face à ses propres biais ou préjugés (Saint-Jean et Dufour, 2018).

4.4. Principaux constats

Les recensions d'écrits portant sur l'intervention en protection de la jeunesse auprès des enfants immigrants, réfugiés ou issus des communautés autochtones et de leurs familles ont permis d'identifier :

- Une tension entre le droit des enfants à une protection égale et le droit au respect de leurs différences culturelles. La difficulté à trouver le juste équilibre entre ces points de tension peut mener à une variabilité dans les interventions et à une réponse non adaptée aux besoins des enfants et des familles immigrantes ou réfugiées.
- Des défis dans la relation d'aide, les chocs culturels réciproques pouvant mener à des interventions peu adaptées, voire des situations d'exclusion.
- L'importance de considérer dans l'intervention les facteurs de stress associés au parcours tant migratoire qu'à l'intégration dans la société d'accueil. Le manque d'accès à de l'information sur les normes en matière de pratiques parentales ou encore le manque de connaissance ou d'utilisation des ressources d'aide disponibles font partie des défis spécifiques qui peuvent affecter ces familles et mener à un signalement.
- Des problématiques émergentes qui soulèvent de nouveaux défis d'intervention comme l'absence ou la précarité du statut migratoire pour les nouveaux arrivants et les violences basées sur l'honneur.
- Des obstacles liés aux services et au soutien institutionnel entourant l'accès et l'utilisation des services d'interprétariat, le manque de reconnaissance des particularités de l'intervention en contexte interculturel, l'insuffisance de la formation et de l'encadrement professionnel et le manque d'accès à des programmes et activités cliniques adaptés culturellement.
- Des préoccupations en lien avec la surreprésentation des enfants noirs qui concernent les sources de signalement obligatoire, tel le milieu scolaire. Dans ce milieu, on souligne la nécessité de parfaire les connaissances des intervenants, en particulier en ce qui a trait à la différence entre les pratiques disciplinaires (ex.: fessée) raisonnables et déraisonnables et la nécessité de signaler une situation.
- Différentes recommandations de pratiques prometteuses concernant trois niveaux d'intervention : politique (ex. : orientations et stratégies spécifiques aux besoins des enfants immigrants ou réfugiés à inclure dans les orientations ministérielles générales), organisationnel (ex. : formation et perfectionnement du personnel dans le

but d'accroître la compétence interculturelle) et intervenants (ex. : pratique réflexive afin d'être conscient de ses valeurs et schèmes de référence).

- Des réalités chez les enfants autochtones du Québec et leurs familles qui ne sont pas les mêmes que celles des enfants issus de l'immigration du fait que leurs rapports avec les services de protection de la jeunesse renvoient à des dynamiques différentes sur le plan politique (ex. : droit à l'autodétermination des communautés en matière de gestion des services de protection), social (ex. : conditions socio-économiques difficiles induites entre autres par l'éloignement géographique) et historique (ex. : séquelles des pensionnats).
- Des barrières culturelles importantes vécues par les familles en lien avec les concepts utilisés dans la LPJ et des modes de fonctionnement qui ne tiennent pas compte de la culture et des réalités des communautés autochtones.
- La barrière linguistique qui amplifie les divergences de vision et nuit à la compréhension des enjeux de protection qui se posent aux familles.
- L'accès insuffisant à des interventions, programmes et services adaptés à la langue, culture et identité des communautés autochtones et qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé qui leur sont spécifiques.
- Un manque de personnel qualifié et compétent qui a des répercussions importantes sur la prestation des services aux enfants et aux familles.
- Un manque de moyens permettant aux communautés d'exercer leur pleine autonomie en matière de gestion des services de protection et un financement insuffisant qui ne tient pas compte de la réalité géographique et sociale des communautés.
- Différentes recommandations de pratiques prometteuses concernant trois niveaux d'intervention : politique (ex. : financement suffisant pour assurer une plus grande autonomie des collectivités autochtones en matière de protection de leurs enfants), organisationnel (ex. : programmes adaptés et holistiques considérant les déterminants sociaux) et professionnel (prise en compte de la culture lors des interventions effectuées dans la langue des communautés).

4.4. Références bibliographiques

- Bhanbhro, S., de Chavez, A. C. et Lusambili, A. (2016). Honour based violence as a global public health problem: a critical review of literature. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9 (3). pp. 198-215.
- Briand-Lamarche, M., Maltais, C., Guériton, M. (2017). Rapport d'ETMI: *L'interprétariat en tant que mode d'intervention en santé et services sociaux*. Montréal, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Bureau international des droits des enfants. (2015). *Les enfants autochtones du Québec. Revue de littérature* [En ligne]. Repéré à <http://www.ibcr.org/wp-content/uploads/2016/09/Revue-litteraire-autochtone.pdf>.
- Child Welfare Gateway. (2011). *Addressing racial disproportionality in Child welfare*. U.S. Department of Health and Human services. Administration for children and families. Administration on children, youth and Children's Bureau.
- Dufour, S., Lavergne, C., Terrier, E., Lord, M.-L. et Rouzeau, M. (accepté). La protection de l'enfance à l'épreuve de la diversité ethnoculturelle et des migrations : une comparaison France-Québec. Dans Lafortune et al. (dir.), *Les jeunes en difficulté : un défi collectif*. Éditions du CIUSSS du Centre-sud-de-l'île-de-Montréal (collection de l'IUJD). Référence non incluse dans les recensions consultées.
- Dufour, S., Hassan, G. et Lavergne, C. (2012). Mauvais traitements et diversité culturelle: bilan des connaissances et implications pour la pratique. *Les enfants maltraités: de l'affliction à l'espoir: pistes de compréhension et d'action*, 143-171.
- Clément, M.-È., Dufour, S. et Pelletier Gagnon, H. (2019). Prédications des attitudes stéréotypées des professionnels à l'endroit des parents issus de groupes culturels minoritaires. Communication dans le cadre du Colloque *Familles d'ici et d'ailleurs : transitions de vie et résilience. Congrès de l'Association internationale de formation et de recherche en éducation familiale (AIFREF)*, Schoelcher (Martinique), mai. Référence non incluse dans les recensions consultées
- Dufour, S., Lavergne, C., St-Laurent, B. et Lord, M. (2017). Bilan et efficacité des pratiques auprès des enfants issus de la diversité ethnoculturelle en protection de la jeunesse. *Défi Jeunesse, numéro thématique*, 23(2), 53.
- Éditeur officiel du Québec (2016). Loi sur la protection de la jeunesse. Québec, Québec : Gouvernement du Québec. Retrieved from <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/P-34.1> Référence non incluse dans les recensions consultées.
- Geadah, Y. (2013). *Les crimes d'honneur: de l'indignation à l'action*. Québec: Conseil du statut de la femme.

- Grenier, K. T., Lavergne, C. et Sarmiento, J. (2016). Diversité culturelle et violence agie ou subie par les jeunes: bilan de la recherche québécoise des quinze dernières années. *Alterstice-Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 6(2), 41-58.
- Guay, C. et Ellington, L. (2018). *Recension des écrits. Secteur : protection de la jeunesse, Pièce PD-5*. Val d'Or, Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (CERP).
- LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S-L., Dufour, S. et Lavergne, C. (2015). Review of child maltreatment in immigrant and refugee families. *Revue canadienne de santé publique*, 106, 7, Supplément 2, eS45-eS57.
- McGinn, C. A. et Damasse, J. (2014). *Efficacité des interventions en matière de négligence auprès des enfants, des familles et des communautés autochtones: revue systématique*. Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Gouvernement du Québec (2015). *Politique en matière d'immigration, de participation et d'inclusion*. Québec, ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion.
- Pouliot, S., Gagnon, S. et Pelchat, Y. (2014). *La formation interculturelle dans le réseau de la Santé et des Services sociaux*. Québec, Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec. Référence non incluse dans les recensions consultées.
- Saint-Jean, G. et Dufour, S. (2018). Alliance thérapeutique et intervention contrainte : recension critique des pratiques recommandées auprès d'adolescents de minorités ethnoculturelles. *Revue québécoise de psychologie*, 39(1), 35-63. doi: <https://doi.org/10.7202/1044843ar>
- Sawrikar, P. (2016). *Working with ethnic minorities and across cultures in Western child protection systems*. London, Taylor & Francis.
- Sawrikar, P. et Katz, I. B. (2014). Recommendations for improving cultural competency when working with ethnic minority families in child protection systems in Australia. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 31(5), 393-417.
- Turner, T. (2016). *Une vision une voix: : Changer le système du bien-être de l'enfance de l'Ontario afin de mieux servir les Afro-Canadiens. Cadre Pratique partie 1: rapport de recherche*. Toronto, ON : Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance.

5. EXPLOITATION SEXUELLE DES JEUNES

5.1. Mise en contexte

L'amendement introduit à la LPJ en 2017, plaçant désormais explicitement l'exploitation sexuelle sous l'article 38d), a eu d'importantes répercussions sur la conception de cette problématique et a entraîné une posture philosophique bien différente. Alors que l'exploitation sexuelle était auparavant appréhendée comme un trouble de comportement, et donc retenue en vertu de l'article 38f, elle est désormais considérée comme un abus sexuel.

Par conséquent, cette problématique se retrouve sous l'article 38d :

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant toute forme d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant un risque sérieux d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

Avec cette modification législative, l'exploitation sexuelle est devenue une forme d'abus et de maltraitance plutôt qu'une conduite problématique, voire même délinquante, d'un adolescent ou d'une adolescente. Le Secrétariat à la Condition féminine, dans sa stratégie gouvernementale visant à prévenir et contrer les violences sexuelles (2016-2021), définit ainsi l'exploitation sexuelle comme suit :

« À travers ses multiples manifestations, l'exploitation sexuelle implique généralement une situation, un contexte ou une relation où un individu profite de l'état de vulnérabilité ou de dépendance d'une personne, ou de l'existence d'une inégalité des rapports de force, dans le but d'utiliser le corps de cette personne à des fins d'ordre sexuel, en vue d'en tirer un avantage » (Secrétariat à la Condition féminine, Secrétariat à la Condition féminine, p. 20)

Afin d'apporter un éclairage sur la problématique, la présente recension vise à cerner les facteurs de risque qui y sont associés, à identifier les enjeux entourant l'intervention et à documenter les pratiques à prioriser dans ce contexte.

5.2. Méthodologie

Cette recension vise donc à répondre à la question : *comment intervenir sur l'exploitation sexuelle en contexte de protection de la jeunesse*. En complément, trois sous-questions sont posées :

1. Dans une perspective de prévention de la victimisation et de la revictimisation, quels sont les principaux facteurs de risque d'exploitation sexuelle?
2. Quels sont les enjeux spécifiques qui entourent l'intervention en situation d'exploitation sexuelle?

Quelles sont les pratiques à prioriser dans l'intervention en contexte d'exploitation sexuelle?

Pour répondre à ces interrogations, une recension rapide a été menée dans la base de données *PsychINFO*. Les mots clés employés pour extraire les articles scientifiques sont les suivants : (*Child welfare OR child protection OR youth protection*) AND (*Sexual exploitation OR Sex trafficking OR sex trading OR prostitution*) AND (*Metaanalysis OR systematic review OR literature review*).

Pour être conservés, les textes devaient avoir été publiés entre 2010 et 2020 (n=43) et avoir été soumis à un processus de révision par les pairs (n=39). À la lecture des titres, 12 textes ont été conservés sur la base a) de l'angle choisi pour aborder le sujet et b) de la région ciblée, qui devait être similaire au Québec (par exemple, les textes qui traitaient de la problématique dans les régions d'Asie étaient exclus). En examinant les résumés, une attention particulière a été accordée aux facteurs de risques à prendre en considération et aux réponses attendues de la part des services de protection. Au final, huit articles ont été conservés (voir Annexe 4).

5.3. Résultats

Des huit articles conservés, la majorité est constituée de revues systématiques (n=3) ou narratives (n=2). Certaines sont complétées par des entrevues semi-structurées menées auprès d'intervenants. Deux études primaires ont également été conservées afin d'aborder certains angles spécifiques (ex. : réalités des intervenants). Enfin, une étude québécoise récente a été ajoutée puisqu'elle inclut une revue systématique et permet de faire des propositions par rapport à l'intervention en contexte d'exploitation sexuelle.

Les pays de provenance des différents articles retenus sont le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie.

5.3.1 Facteurs de risque de l'exploitation sexuelle à connaître

En matière d'exploitation sexuelle, différents facteurs de risque apparaissent importants à connaître et à retenir comme cibles d'intervention, voire de prévention. En ce sens :

- La revue systématique de Choi (2015) met en lumière la victimisation qui précède l'exploitation sexuelle. En ressortent plus spécifiquement: les traumatismes vécus à l'enfance, dont les abus physiques, psychologiques et sexuels, ainsi que la négligence. La recension aborde également, pour la population des enfants maltraités, l'effet modérateur des fugues sur le risque d'être impliqué dans des situations d'exploitation sexuelle. La maltraitance et les fugues s'avèrent les principaux facteurs de vulnérabilité et sont par la même occasion des éléments à considérer dans une offre de services en protection de la jeunesse.

- Dans leur revue rapide, Franklin et al. (2018) rapportent que le placement en centre résidentiel est un facteur de risque dans la mesure où le flot constant de jeunes vulnérabilise chacun des individus qui y transitent. Les déplacements d'un milieu d'hébergement à un autre contribuent également à déstabiliser les jeunes et les rendre plus vulnérables à la pression du milieu de la prostitution.
- Selon Baird et al. (2020), 85% des jeunes en situation d'exploitation sexuelle auraient des antécédents de service reçus en protection de la jeunesse et 75% auraient un historique de placement (Gragg et al., 2007; dans Baird et al., 2020). Les résultats de cette étude canadienne montrent par ailleurs que dans la région de l'Ontario, près de 60% des victimes d'exploitation sexuelle rapportent avoir grandi en famille d'accueil ou en centre résidentiel. Enfin, les victimes connues des services de protection sont recrutées près de trois ans plus tôt que celles qui ne reçoivent pas de tels services.
- Choi (2015) identifie la population LGBTQ comme étant particulièrement à risque d'exploitation sexuelle. L'environnement familial dysfonctionnel et l'abus de substance des parents ressortent également. Le fait d'avoir des amis ou des membres de sa famille qui exploitent sexuellement des personnes est considéré comme un autre facteur de risque dans la littérature scientifique. Les problèmes de santé mentale et l'abus de substance chez les jeunes pourraient également les rendre vulnérables à l'exploitation sexuelle. Or, Choi mentionne que l'importance de ces deux derniers facteurs est plus incertaine puisque les études qui les mentionnent sont limitées d'un point de vue méthodologique.
- La revue rapide de Franklin et al. (2018) permet quant à elle de souligner que les jeunes aux prises avec les handicaps intellectuels ou des problèmes de santé mentale sont plus à risque d'être victime d'exploitation sexuelle.
- La recension de littérature de Hounmenou et O'Grady (2019) fournit de nouvelles informations sur les facteurs de risque, malgré le caractère moins rigoureux de l'exercice de synthèse. En plus des facteurs de risque identifiés par Choi (2015), les deux auteurs identifient la pauvreté comme un facteur de vulnérabilité. Ils nuancent toutefois l'importance de cet élément en relevant que dans certaines études d'envergure, les victimes proviennent majoritairement de la classe moyenne.
- Franklin et al. (2018) ajoutent que les outils employés pour évaluer le risque en situation d'exploitation sexuelle ne sont que peu ou pas évalués en ce qui a trait à leur fidélité test-retest et la constance de leurs modalités de passation d'un praticien à l'autre. Ces auteurs ajoutent que les évaluations du risque portent plus souvent sur les comportements des jeunes que sur les risques environnementaux ce qui contribue à entretenir une forme de blâme envers les victimes.

5.3.2 Enjeux à considérer dans la réponse des services en matière d'exploitation sexuelle

Appuyée par sa revue exhaustive de la littérature, Rafferty (2016) rappelle d'abord l'importance d'identifier les victimes d'exploitation sexuelle. La recension, ainsi que les entrevues menées dans le cadre de l'étude qui la complète, permettent de souligner la complexité du travail d'identification. Si l'auteure aborde certains éléments de contexte juridique et politique, les enjeux que nous tirons de sa recension et présentons dans les lignes suivantes sont essentiellement psychologiques. Certains d'entre eux sont repris par Hounmenou et O'Grady (2019). De manière générale, ils rendent plus difficiles les interventions à faire.

5.3.2.1. Enjeux psychologiques

- *Attachement problématique.* L'attachement envers l'abuseur peut être complexe et nécessiter des interventions afin de permettre aux jeunes de prendre conscience de la manipulation qu'ils subissent.
- *Peur et manque de confiance.* En plus d'avoir parfois un passé d'abus qui les ont habitués au secret et au manque de confiance, certains jeunes peuvent avoir peur de dénoncer leur abuseur par crainte de représailles envers leur famille. Cet enjeu est aussi mentionné dans la recension de Hounmenou et O'Grady (2019).
- *Inhibition provenant de la culpabilité et de la stigmatisation.* Être victime d'exploitation sexuelle serait accompagné d'émotions négatives telles que le remords, le regret, le désespoir, l'impression de ne rien valoir, la peur de la stigmatisation et du déshonneur familial; ce dernier aspect est intimement lié à la culture d'appartenance du jeune. Hounmenou et O'Grady (2019) rappellent qu'une proportion importante de victimes d'exploitation sexuelle aux États-Unis est d'origine étrangère. Les auteurs maintiennent tout de même qu'une bonne part d'entre eux sont des citoyens américains qui peuvent passer inaperçus dans les dispositifs de détection.

5.3.2.2. Ils ne veulent pas être identifiés ou secourus

- *Ils ne se perçoivent pas comme des victimes.* La revue exhaustive de Rafferty (2016) montre que plusieurs victimes rapportent avoir consenti à se prostituer pour aider leur partenaire. Cette distorsion est parfois le résultat d'une manipulation subie. D'autres victimes ne savent pas distinguer ce qui est acceptable de ce qui ne l'est pas et ne connaissent pas bien leurs droits. Enfin, certains jeunes glissent eux-mêmes vers la prostitution sans être sous l'emprise d'un proxénète. À ce propos, Hounmenou et O'Grady (2019) proposent la notion d'agentivité des victimes. L'étude qualitative de McKibbin et Humphreys (2019) réalisée auprès de praticiens qui œuvrent en centres résidentiels soulève le besoin des jeunes d'être sensibilisés aux tactiques employées par les proxénètes.

- *Enjeux économiques et manque d'alternatives.* Pour certains jeunes qui vivent une situation économique précaire, et parfois même leurs parents, la prostitution est le seul moyen perçu pour survivre. Dans ce cas, Rafferty (2016) évoque davantage les jeunes issus de l'immigration.
- *Facteurs de risque à l'intérieur de la famille ou de la communauté.* Certains jeunes ne veulent pas être identifiés par crainte d'avoir à retourner dans leur milieu familial ou leur communauté. Ayant fui ce milieu, quelques-uns ne souhaitent pas y retourner puisqu'ils sont exploités par les membres de leur famille.

5.3.2.3. Caractère caché et insidieux de la problématique

La recension de littérature de Hounmenou et O'Grady (2019) soulève le caractère caché et insidieux de l'exploitation, ce qui semble être un enjeu spécifique de la problématique, notamment dans les situations de sollicitation en ligne.

5.3.2.4. Manque de formation des professionnels

Hounmenou et O'Grady (2019) mentionnent le manque de formation des professionnels ouvrant dans les domaines de la justice et de la santé comme un dernier enjeu, touchant plus spécifiquement le domaine de l'intervention. Encore une fois, c'est la détection des victimes qui apparaît comme le principal défi pour les praticiens. À propos des centres résidentiels, McKibbin et Humphreys (2019) mentionnent également le manque de formation des praticiens.

5.3.3 Pratiques à promouvoir en contexte d'exploitation sexuelle

La recension des écrits de Miller-Perrin et Wurtele (2017) énumère les éléments communs aux différentes lois et traités internationaux encadrant les pratiques sur l'exploitation sexuelle. Si certains points sont inclus dans les dispositions légales des services de protection au Québec, d'autres sont plus spécifiques, dont ceux-ci :

- Le « consentement » apparent des victimes d'exploitation sexuelle âgées de moins de 18 ans ne doit pas minimiser leur besoin de protection.
- Les victimes d'exploitation sexuelle ont besoin de services de réadaptation et de réintégration à la société. En ce sens, la majorité des experts recommandent des approches sensibles aux traumatismes.
- Le travail sur la problématique d'exploitation sexuelle doit être envisagé en collaboration et coopération avec différents organismes gouvernementaux et communautaires. Ce constat concorde avec l'analyse des entrevues menées par McKibbin et Humphreys (2019).

La recension systématique de Lanctôt et al (2018) a également permis de faire différents constats sur les pratiques à promouvoir en contexte de prostitution. Si cette étude a une visée plus large que l'exploitation sexuelle des mineurs, elle soulève tout de même des points

importants à considérer sur le plan de l'intervention. Voici les constats qui peuvent être dégagés :

- Éviter de focaliser sur l'arrêt de la prostitution pour se centrer sur le processus de réadaptation. Il est souhaitable de donner un sens à ce qu'elles ont vécu afin d'accompagner les victimes dans une perspective plus existentielle.
- Considérer la mobilisation des femmes comme devant être un objectif et non un prérequis à l'intervention. Le travail avec l'ambivalence de ces femmes est essentiel.
- Susciter l'empowerment des femmes. Lanctôt et al (2018) propose d'employer le *Good Life Model* et certains principes d'individualisation de l'intervention qui favorisent le développement personnel et l'accomplissement.
- Privilégier des approches sensibles aux traumatismes. Sans se centrer exclusivement sur leur passé traumatique, les auteurs font ressortir la nécessité, pour les victimes d'exploitation sexuelle, de donner un sens à ce qu'elles ont vécu.
- Aider à la consolidation des liens avec les personnes significatives. Les auteurs soulignent que les interventions auprès des proches devraient être favorisées.
- Miser sur la continuité des services, la protection, le rétablissement et la réinsertion sociale. À ce propos, on souligne l'importance de la flexibilité et la compréhension des allers-retours des femmes dans leur processus de désistement.
- Développer des centres multiservices spécialisés. Dans un contexte où les services sont insuffisants, morcelés et polarisés entre différentes idéologies, le développement de ressources spécialisées pour les femmes en situation de prostitution devrait être une priorité.
- Reconnaître le rôle que joue la société dans la prostitution.

5.4. Principaux constats

Cette revue rapide permet d'apporter un éclairage sur les aspects principaux qui devraient caractériser une intervention ou un service de qualité lorsqu'il est question d'exploitation sexuelle. Si plusieurs notions ont déjà été soulevées, nous proposons de retenir ces cinq constats principaux :

- Considérant l'importance qu'occupe l'expérience de maltraitance dans le risque d'être victime d'exploitation sexuelle et les conséquences à long terme de cette victimisation, un service de qualité doit être sensible aux traumatismes.
- Un service de qualité doit passer par une connaissance accrue et partagée des facteurs de risque par les différents praticiens afin d'assurer la prévention de la victimisation et de la revictimisation.

- Un service de qualité doit être offert par des praticiens formés sur les différents enjeux spécifiques à l'exploitation sexuelle.
- Un service de qualité doit miser sur l'environnement immédiat (famille, entourage) afin de créer un réseau social susceptible de soutenir les victimes.
- Enfin, un service de qualité doit être offert par plusieurs agences (institutionnels et communautaires) qui travaillent en collaboration sur une base continue et flexible.

5.5. Références bibliographiques

- Baird, K., McDonald, K., Connolly, J. (2019). Sex trafficking of women and girls in Southern Ontario region: Police file review exploring victim characteristics, trafficking experiences, and the intersection with child welfare. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 52(1), 8-17.
- Choi, K.R. (2015). Risk factors for domestic minor sex trafficking in the United States: A literature review. *Journal Forensic Nursing*, 11(2), 66-76.
- Franklin, A., Brown, S. et Brady, G. (2018). The use of tools and checklists to assess the risk of child sexual exploitation: Lessons from UK practice. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(8), 978-997.
- Gouvernement du Québec. Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1. À jour au 1er février 2020. Québec, Qc : Éditeur officiel du Québec. Disponible à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html.
- Hounmenou, C. et O'Grady, C. (2019). A review and critique of the U.S. responses to the commercial sexual exploitation of children. *Children and Youth Services Review*, 98, 188-198.
- Lanctôt, N., Couture, S., Couvrette, A., Laurier, C., Parent, G., Paquette, G. et Turcotte, M. (2018). *La face cachée de la prostitution : une étude des conséquences de la prostitution sur le développement et le bien-être des filles et des femmes*. Rapport de recherche, programme Actions concertées, Déposé aux Fonds de Recherche Société et Culture.
- McKibbin, G. et Humphreys, C. (2019). The perceptions of Australian workers about caring for sexually exploited children in residential care. *Child Abuse Review*, 28, 418-430.
- Miller-Perrin, C. et Wurtele, S.K. (2017). Sex Trafficking and the commercial sexual exploitation of children. *Women & Therapy*, 40(1-2), 123-151.
- Rafferty, Y. (2016). Challenges to the rapid identification of children who have been trafficked for commercial sexual exploitation. *Child Abuse & Neglect*, 52, 158-168.
- Secrétariat à la Condition féminine (). Les violences, c'est non. Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles, 2106-2021. Récupéré de http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Brochure_Violences_Sexuelles.pdf

6. COORDINATION DES SERVICES DE 1^{RE} ET 2^E LIGNES

6.1. Mise en contexte

L'intervention en protection de la jeunesse peut nécessiter le recours à un ensemble de services sociaux et de traitement disponibles dans son réseau territorial, lesquels sont communément appelés les « lignes de services » au Québec (ex. : services généraux, en santé mentale ou en dépendance). La disparité et l'iniquité dans l'accessibilité, la qualité et l'intensité des services destinés aux jeunes en difficulté et à leurs familles ont cependant été observées entre les territoires locaux, ce qui constitue un obstacle à leur continuité et donc à une réponse globale adaptée à leurs besoins (Bouchard, Ndjepel et St-Jacques, 2019).

Cette revue rapide a donc pour objectif de faire état des enjeux cliniques que soulève la coordination des services de 1^{ère} et 2^e ligne dans le processus clinique de l'intervention auprès des jeunes en difficulté et de leurs familles. De plus, elle vise à décrire les principales lignes directrices proposées dans les travaux recensés qui abordent ces questions.

6.2. Méthodologie

Une revue parapluie a été réalisée afin de répondre aux deux questions de recherche suivantes :

- Quels sont les enjeux cliniques entourant la coordination des services de 1^{ère} et 2^e ligne dans le processus clinique de l'intervention en protection de la jeunesse?
- Quels sont les modèles efficaces pour favoriser la coordination des services?
- Quels sont les standards de pratique, concepts et indicateurs déjà définis ou proposés en matière de coordination des services pour les jeunes en difficulté et leurs familles?

Les bases de données PsycInfo et Medline (Ovid) ont été consultées à l'aide des mots-clés suivants : (child*, adolescen* OR teen* OR youth and protect* or welfare or service*) AND (integrat*, integrat* service*, collaborat*, inter* collaborat*, coordinat*, cordinat* service*, coordination or care, continuity, continuity of case, continuity in care).

La stratégie a été essentiellement basée sur une combinaison de mots clés dans l'ensemble du texte. Afin de capturer les publications les plus récentes, la recherche a été limitée aux dix dernières années. Par ailleurs, seules les études publiées en anglais et en français ont été consultées. Enfin, toutes les études menées au Québec et ayant abordé cette question au cours de la période allant de l'année 2010 à 2020 ont été examinées.

Cette stratégie a permis d'identifier 353 publications. Une seule professionnelle de recherche a passé en revue les titres et les résumés de l'ensemble des références identifiés. Quelques 11 publications ont été retenues pour un examen plus approfondi. Elle a ensuite analysé celles qui avaient la plus forte probabilité de répondre aux critères d'inclusion à partir des textes complets. Pour être inclus dans la recension, les textes devaient porter sur : a) les jeunes en difficulté et leurs familles; b) la coordination de services intersectoriels ou

interinstitutionnels; c) les enjeux, modèles, standards de pratique, indicateurs ou cadres conceptuels mentionnés comme résultats ou recommandations.

Enfin, seuls les documents d'études secondaires (ex. méta-analyse, revue systématique ou autres types de synthèse) ont été priorisés et ont fait l'objet d'une appréciation très générale de leur qualité méthodologique en s'inspirant des items de la grille AMSTAR.

6.3. Résultats

6.3.1 Enjeux cliniques liés à la coordination des services

6.3.1.1. Difficultés pour convenir d'une vision commune entre les parties prenantes

Malgré l'accent croissant mis sur l'importance de la coordination des services, ce concept semble mal défini et n'est pas appréhendé de la même façon dans les différents travaux :

- La synthèse de Ogonnaya et Kinney (2018) présente un continuum de collaboration intersectorielle / interinstitutionnelle selon cinq niveaux d'intensité. Du plus faible au plus élevé, on y retrouve :
 - Communication : des individus relevant de différentes disciplines échangent;
 - Coopération : un travail en commun discret est fait au cas par cas;
 - Coordination : le travail conjoint est plus formalisé, sans qu'il n'y ait de sanction pour la non-conformité à cette pratique;
 - Coalition : des structures conjointes sacrifient une certaine part de leur autonomie pour consolider leurs liens;
 - Intégration : des organisations se fusionnent pour se donner une nouvelle identité commune.
- La synthèse de Naert, Roose, Rapp et Vanderplasschen (2017) propose plutôt une continuité des soins en considérant quatre dimensions : 1) relationnelle, 2) relevant de la gestion, 3) informationnelle et 4) expérientielle. Les auteurs ont par ailleurs tenté de classer les mesures de continuité des soins repérées dans 28 études primaires selon ces quatre catégories, mais ils ne sont pas parvenus à le faire, faute d'une clarté conceptuelle suffisante dans ces études.
 - Continuité relationnelle : relation entre le prestataire de soins et services et l'utilisateur du service.
 - Continuité de gestion : accent mis sur le mode de prestation des soins et services afin d'offrir ceux-ci de manière complémentaire, en temps opportun et de façon cohérente (partage d'informations cliniques, planification des interventions, coordination des soins).

- Continuité informationnelle : évaluation partagée des besoins et des problèmes des clients.
- Expérience de la continuité : expérience d'une trajectoire de soins et de services coordonnée et harmonieuse du point de vue patient.
- La synthèse de Bouchard, Ndjepel et St-Jacques (2019) du CIUSSS de la Capitale Nationale rapporte que l'intégration des services peut prendre une signification différente selon que les perspectives sont celles des usagers, des intervenants, des organisations ou du gouvernement (Arsenault et Métivier, 2016¹⁹). Par exemple, pour les intervenants, l'intégration des services renvoie davantage à des notions de coordination (rencontres cliniques planifiées), de collaboration (impliquent différents professionnels pour offrir conjointement des services complémentaires) et d'efficacité (faire une différence pour les jeunes et leurs familles).
- Pour pallier la confusion conceptuelle et favoriser le développement d'un langage commun en matière d'intégration des soins et services, la synthèse de Bouchard et al. (2019) rapporte aussi le modèle proposé par Valentijn et al. (2015). Il prévoit six dimensions d'intégration, soit clinique, professionnelle, organisationnelle, systémique, fonctionnelle et normative, ainsi que trois niveaux d'analyse : systémique, organisationnel/ professionnel et clinique.

6.3.1.2. Facilitateurs et obstacles à la coordination des services

Deux publications sur quatre ont tenté d'identifier les facilitateurs et les obstacles à la coordination des services (ou à tout autre concept qui s'y apparente) (Bouchard et al., 2019; Macvean et al., 2018) :

- Les travaux de Macvean et al. (2018) portant sur la collaboration entre les dispensateurs de services de protection de la jeunesse et ceux impliqués dans le domaine de la violence familiale ont identifié cinq facilitateurs :
 - Vision partagée : il s'agit d'offrir un cadre et des objectifs précisant la façon de collaborer et d'offrir les services.
 - Formalisation d'un modèle : il importe d'élaborer des ententes de collaboration formelles et signées, ainsi que des protocoles ou manuels qui décrivent et intègrent la contribution de chaque institution.

¹⁹ Les travaux de Arsenault et Métivier (2016) renvoient à un guide des meilleures pratiques rapportées par Bouchard et al. (2019). Ce guide est toutefois élaboré à l'intention des services intégrant la santé et les services sociaux en général, et non spécifiquement à la jeunesse.

- Environnement responsable (« authorising ») : il s'agit d'établir une culture qui encourage et permet le travail conjoint a) en nommant des responsables de ce processus dans les comités et les réunions, b) en dédiant des employés et en investissant dans les outils de liaison entre les institutions, c) en s'assurant que les rôles de la protection de la jeunesse et de toute autre institution sont clairs, d) en élaborant des procédures et outils partagés pour l'admission, l'orientation et l'évaluation des jeunes et des familles, e) en incluant des objectifs propres à la protection de la jeunesse et à toute autre institution dans l'évaluation, la planification et la clôture des dossiers.
- Direction : il importe de former des comités directeurs composés de représentants des diverses institutions et de leur offrir de la formation portant sur la collaboration interinstitutionnelle.
- Partage d'information : la volonté de partager les informations relatives aux familles est un dernier élément essentiel. Dans certains cas, les collaborateurs peuvent établir des protocoles et accords formels précisant la manière de partager les informations.
- Bouchard et al. 2019 ont réparti les facilitateurs et les barrières à l'intégration de services en six catégories, soit : la direction (relations et communications), un contexte et une culture organisationnels favorables ou non (facteurs contextuels), les réseaux informatiques et systèmes d'information (interconnectés ou non), l'engagement professionnel et le partage de valeurs ainsi que des expériences antérieures de participation à l'amélioration de la qualité des services. Cela dit, aucun des travaux cités ne porte spécifiquement sur l'intégration de services impliquant la protection de la jeunesse.

6.3.2 Modèle de coordination des services

6.3.2.1. Absence d'un modèle et de langage commun

À ce jour, les études traitant de la coordination des services impliquant la protection de la jeunesse se sont concentrées principalement sur l'intégration de leurs services à ceux du secteur de la dépendance ou de la violence familiale.

- La synthèse de Ogonnaya et Kinney (2018) fait état de travaux portant sur l'efficacité des collaborations intersectorielles et interinstitutionnelles pour améliorer les résultats d'intérêts en protection de la jeunesse (sécurité, stabilité, bien-être de l'enfant). Bien que leur revue ait tenté de capturer des études abordant une grande variété de collaborations intersectorielles, les travaux inclus traitaient principalement des rapports entre la protection de la jeunesse et le secteur de la dépendance (alcool et drogues). Aucune étude incluse n'est liée à d'autres problèmes sociaux sanitaires (ex., violence familiale, pauvreté, éducation, justice juvénile, santé mentale, santé physique).

- De son côté, la synthèse de Macvean, Humphreys et Healey (2018) s'est intéressée à la collaboration entre la protection de la jeunesse et les services spécialisés en matière de violence familiale.

6.3.2.2. Un processus dynamique et qui évolue dans le temps

Macvean et al. (2018) et Naert et al. (2017) adhèrent à l'idée que l'intégration des services ne peut être vue comme un état fixe, mais plutôt comme un processus dynamique qui varie dans le temps. Ainsi, une dimension particulière peut prendre de l'importance à tel moment et devenir moins importante à tel autre moment.

6.3.2.3. Initiatives de programmes et services repérées au Québec

Bouchard et al. (2019) ont identifié quatre initiatives d'intégration des services 1^{re} et 2^e lignes liées à la jeunesse et lancées au Québec ou au Nouveau-Brunswick. Certaines ont fait (ou font) l'objet d'une évaluation des effets. Aucune information concernant ces évaluations n'est toutefois précisée.

- L'équipe Passage des Basques (Bas-St-Laurent) – évaluation des effets en cours;
- Programme Élan famille – Intervention en contexte de négligence (Québec) – implantation;
- Cadre de prestation des services intégrés à l'enfance et à la jeunesse du Nouveau-Brunswick (non disponible);
- Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC2) (Trois-Rivières) - Implanté et évalué.

6.3.2.4. Standards de pratique, concepts et indicateurs déjà définis ou proposés

Bouchard et al. (2019) ont rapporté quelques lignes directrices pour l'intégration des services à partir de Suter, Oelke, Adair, Waddell, Armitage et Huebner (2007) et d'un modèle tiré du cadre des meilleures pratiques en intégration des services au CIUSSS Chaudière-Appalaches (Arsenault et Métivier, 2016). Cependant, aucun de ces travaux ne porte sur une intégration des services impliquant la protection de la jeunesse.

6.4. Principaux constats

À défaut de modèle de coordination des services de 1^{ère} et 2^e ligne impliquant la protection de la jeunesse, il serait important de documenter et d'évaluer les prochaines initiatives de collaboration. Pour l'instant, les principaux constats issus de cette revue rapide rejoignent ceux de Bouchard et al. (2019) :

- La collaboration entre les services de 1^{ère} et 2^e lignes nécessite le développement d'une vision commune de ce que cela implique et la formalisation d'un modèle opérationnel.

- Les termes et les modalités de cette collaboration revêtent des significations différentes pour les usagers, les intervenants, les organisations et le gouvernement.
- Un effort d'arrimage au niveau de la planification, du financement et de la prestation de services requiert une combinaison de mécanismes qui place l'utilisateur au centre de la démarche.
- En l'absence d'un modèle de collaboration des services spécifiques à la jeunesse, une bonne planification et une maîtrise des conditions de succès et des obstacles sont essentielles.
- L'une des premières démarches à entreprendre par les organisations est de proposer une vision claire de la collaboration attendue et de développer la capacité organisationnelle pour l'atteindre.

6.5. Références bibliographiques

- Arsenault, C. et Métivier, P. (2016). *Intégration des services : guide sur les meilleures pratiques*. Sainte-Marie (Québec) : CISSS de Chaudière-Appalaches.
- Bouchard, P., Ndjapel, J. et St-Jacques, S. (2019). *Intégration des services de 1^{re} et 2^e lignes dans les services jeunesse : définir et conceptualiser*. Synthèse des connaissances, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 12 pages.
- Macvean, M.L., Humphreys, C. et Healey, L. (2018) Facilitating the Collaborative Interface between Child Protection and Specialist Domestic Violence Services: A Scoping Review. *Australian Social Work*, 7, 148-161.
- Naert, J., Roose, R., Rapp, C. et Vanderplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 75, 116-126.
- Ogbonnaya, I.N. et Keeney, A.J. (2018). A systematic review of the effectiveness of interagency and cross-system collaborations in the United States to improve child welfare outcomes. *Children and Youth Services Review*, 94, 225-245.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Waddell, C., Armitage, G. D., Huebner, L. A. (2007). *Health systems integration. Definitions, processes and impact: a research synthesis*. HSWRU Current research.
- Valentijn, P. P., Boesveld, I. C., van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., Molema, J. J. W., Bruijnzeels, M. A., Vrijhoef, H. J. M. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, 15(4), 1-18.

7. RÉTENTION DU PERSONNEL

7.1. Mise en contexte

La présence d'un taux de roulement du personnel élevé chez les intervenants du système de la protection de la jeunesse a été mainte fois décrite (DePanfilis et Zlotnik, 2008; Kim et Kao, 2014). Au Québec, une étude a estimé qu'un intervenant sur trois en protection de la jeunesse a déjà envisagé de quitter son emploi (Geoffrion et Ouellet, 2013).

Ce roulement du personnel chez les intervenants en protection de la jeunesse entraîne diverses répercussions dans les milieux, dont une discontinuation, et une interruption de services pour les enfants et les familles (Tremblay et Joly, 2009). Pour expliquer leur décision de quitter leur emploi ou d'y rester, une variété de raisons (p. ex. obtention d'un autre poste, charge de travail trop élevée, présence de stress élevé, accomplissement professionnel, motivation, ambiance de travail) sont énoncées par les intervenants (Tremblay et Joly, 2009). La présente recension vise donc à situer et comprendre les liens entre le roulement du personnel (et son contraire, la rétention du personnel) et les pratiques professionnelles des intervenants du système de la protection de la jeunesse.

7.2. Méthodologie

Une recension rapide des écrits a donc été réalisée afin de répondre à la question de recherche suivante : quels sont les facteurs favorisant la rétention ou freinant le roulement du personnel chez les intervenants du système de protection de la jeunesse?

Les revues de la littérature (revues systématiques, examens de la portée, méta-analyses) sur le sujet ont été recensées dans les bases de données PsycInfo, Social Work Abstracts, Social Sciences Abstracts, Criminal Justice Abstracts, Cochrane Database of Systematic Reviews et Medline. Les trois catégories de mots-clés suivants ont été mises en relation: (retention OR turnover) AND (child welfare OR child protection OR youth protection) AND (Literature Review OR Systematic Review OR Meta Analysis OR Metasynthesis).

Les études ont été sélectionnées par une seule professionnelle de recherche. Seuls les articles scientifiques publiés dans une revue évaluée par les pairs entre 2005 et 2020 ont été retenus. Un total de 80 articles provient de cette première étape de recension. Ensuite, les références de ces articles et Google Scholar ont été consultés. De la lecture des titres ou résumés de ces articles, quatre revues systématiques, deux méta-analyses et un examen de la portée ont été retenus pour les fins de la recension principale.

Enfin, les articles publiés au Québec au cours des années 2005-2020 ayant abordé la question de la rétention ou du roulement chez les intervenants en protection de la jeunesse ont été retenus. Pour ce faire, une recension a été effectuée dans *Érudite* (46 références) et Google Scholar. Après la lecture des titres ou résumés, quatre articles ont été conservés. Afin de contextualiser la présente recension, ces articles ont été intégrés dans le texte (Geoffrion et Ouellet, 2013; Tremblay et Joly, 2009; Tremblay, Joly, et al., 2016; Tremblay, Y. Haines, et al., 2016).

7.3. Résultats

Parmi les sept articles répertoriés dans la recension principale, certaines revues de la littérature se sont spécifiquement concentrées à comprendre les facteurs associés à la rétention du personnel et au roulement de personnel (DePanfilis et Zlotnik, 2008; Kim et Kao, 2014). Considérant les différentes expériences d'adversité (stress, épuisement professionnel, trauma, traumatisme par procuration) vécues par les intervenants en protection de la jeunesse, une autre revue s'est plutôt concentrée sur la compréhension de la résilience et de l'épuisement professionnel (McFadden et al., 2015). Enfin, d'autres revues ont plutôt analysé l'influence du soutien (Olaniyan et al., 2020), de la supervision des intervenants (Carpenter et al., 2013; Mor Barak et al., 2009) ou des programmes de mentorat (Romero et Lassmann, 2017).

7.3.1. Rétention et roulement chez les intervenants en protection de la jeunesse

Dans sa revue systématique des articles parus entre 1984-2005 aux États-Unis ($n = 9$), DePanfilis et Zlotnik (2008) ont identifié les facteurs individuels (p. ex. variables sociodémographiques, engagement professionnel, épuisement professionnel, conciliation travail-famille) et organisationnels (p. ex. charge de travail, rôle) qui augmentent la rétention ou qui freinent le roulement du personnel chez les intervenants en protection de la jeunesse.

- Parmi les facteurs individuels influençant la rétention, l'engagement des intervenants envers le bien-être des enfants, leur sentiment d'auto-efficacité et leur faible épuisement émotionnel (dimension de l'épuisement professionnel) se démarquent.
- *Du côté des facteurs organisationnels*, on retrouve le soutien du superviseur et des collègues ainsi que le salaire et les avantages sociaux (DePanfilis et Zlotnik, 2008). Considérant l'importance de l'engagement professionnel et du sentiment d'auto-efficacité dans la rétention du personnel, les auteurs soulignent l'intérêt des efforts déployés en matière de formation. Ils réfèrent concrètement à la stratégie de payer les études de maîtrise en travail social en échange d'un contrat de travail d'un minimum de deux ans (Title IV-E Master of Social Work program).

Bien que les neuf études répertoriées considèrent uniquement des analyses multivariées et qu'il y a un manque de consensus entre elles (définitions, échantillons, mesures et analyses), il s'avère intéressant de constater que la charge de travail n'a pas été directement associée au roulement du personnel (DePanfilis et Zlotnik, 2008).

Considérant la grande variabilité d'antécédents au roulement du personnel, Kim et ses collègues (2014) ont effectué une méta-analyse sur les *intentions* de roulement chez des intervenants en protection de la jeunesse en se basant sur les études publiées entre 1990-2013 ($n = 22$). L'intention de roulement se définissait à la fois par l'intention de quitter leur poste et par l'intention d'y rester. Ces chercheurs ont ainsi pu cibler les prédicteurs les plus fortement associés à l'intention de quitter en se basant sur leur taille de l'effet (seuls ceux ayant $\geq 0,40$ sont présentés ici). Ces prédicteurs sont regroupés dans les catégories de

prédicteurs sociodémographiques, liés au travail, de l'environnement de travail et des attitudes/perception.

- Selon leurs résultats, c'est la catégorie des *attitudes/perceptions* des intervenants qui a le plus d'effet sur l'intention de roulement. En ordre décroissant, on retrouve des effets moyens à élevés pour l'engagement envers son organisation (-0,62), la satisfaction au travail (-0,50), et l'engagement professionnel (-0,47).
- Également, l'influence de la catégorie des prédicteurs *liés au travail* se démarque pour comprendre l'intention de roulement, plus précisément en ordre décroissant de force de l'effet, on retrouve la présence: de stress (0,60), d'épuisement émotionnel (dimension de l'épuisement professionnel; 0,59) et de préoccupations pour sa sécurité (0,49).
- La catégorie de *l'environnement de travail* présente quant à elle des tailles de l'effet faibles à modérées, les éléments les plus significatifs étant le soutien organisationnel (-0,42), la perception de justice concernant la paie, les bénéfices et les promotions (-0,42) et la culture organisationnelle (-0,41).
- Finalement, la catégorie des *caractéristiques sociodémographiques* représente le plus faible effet sur l'intention de roulement des intervenants en protection de la jeunesse, le bien-être de l'intervenant étant le seul prédicteur qui se démarque (-0,40).
- À noter, la charge de travail ne serait pas associée directement au roulement des intervenants en protection de la jeunesse (Kim et Kao, 2014).

7.3.2. Résilience et épuisement professionnel

Afin de brosser un portrait des enjeux à considérer pour améliorer la rétention et le roulement du personnel des intervenants en protection de la jeunesse, certains auteurs ont plutôt défini les facteurs individuels et organisationnels associés à la résilience ou à l'épuisement professionnel chez les travailleurs sociaux (McFadden et al., 2015). Leur revue systématique a permis de déterminer neuf thèmes, parmi les 65 articles répertoriés entre 2000-2009.

- *Du côté des facteurs individuels ou de formation*, on retrouve l'historique personnel de maltraitance, la présence de formation spécialisée et de préparation au milieu de la protection de la jeunesse, les stratégies positives de coping (p. ex. restructuration cognitive, résolution de problèmes), la présence de traumatisme par procuration, la fatigue/satisfaction de compassion. Pour améliorer la résilience des intervenants, les auteurs recommandent donc de soutenir adéquatement le développement personnel des intervenants, de les sensibiliser aux répercussions des traumatismes passés sur la pratique clinique, tout comme de soutenir leur apprentissage de stratégies positives de coping et leur développement de stratégies professionnelles, et ce, autant lors de la formation initiale que continue (McFadden et al., 2015).

- *Du côté des facteurs organisationnels associés à la résilience ou à l'épuisement professionnel*, on retrouve la charge de travail, le soutien social et la supervision, la culture et le climat organisationnel, l'engagement professionnel et celui envers son organisation, et la satisfaction ou l'insatisfaction au travail. Partant du constat que les principaux prédicteurs de la rétention sont organisationnels (Mor Barak et al., 2001), McFadden et ses collègues (2015) recommandent de considérer ces facteurs du ressort des employeurs et des décideurs politiques. Toutefois, les auteurs ne donnent pas de recommandations plus précises.

7.3.3. Pratiques d'intervention favorisant la rétention du personnel

Les études sur la rétention et le roulement chez les intervenants en protection de la jeunesse se sont traditionnellement intéressées aux facteurs individuels et organisationnels (DePanfilis et Zlotnik, 2008; Mor Barak et al., 2001). Récemment, les études se sont plutôt concentrées à synthétiser les pratiques d'intervention favorisant la rétention du personnel soit la supervision, le soutien social et le mentorat.

7.3.3.1. La supervision

La supervision étant fréquemment citée pour comprendre diverses conséquences chez les intervenants, Mor Barak et ses collègues (2009) ont procédé à une méta-analyse de 27 études publiées entre 1990 et 2007 auprès de trois catégories d'intervenants sociaux (intervenants protection de la jeunesse, travailleurs sociaux et intervenants en santé mentale). Leur revue systématique a permis de catégoriser la supervision en trois dimensions : l'assistance aux tâches (le fonctionnement du travail), le soutien social et émotionnel de la supervision (répondre aux besoins émotionnels de l'intervenant et au stress lié au travail) et la qualité de la relation interpersonnelle entre l'intervenant et le superviseur.

Ces dimensions de la supervision ont été mises en relation avec les bénéfiques (p. ex. satisfaction au travail, engagement envers l'organisation, bien-être psychologique, rétention) et les conséquences négatives (p. ex. stress au travail, dépression, épuisement professionnel, roulement du personnel) pour les intervenants. L'ensemble des dimensions de la supervision sont associées positivement aux bénéfiques pour les intervenants et présentent des tailles de l'effet modérées.

- *En ce qui concerne les bénéfiques*, la taille de l'effet la plus élevée est pour la dimension de l'assistance aux tâches ($r = 0,40$), suivie par le soutien social et émotionnel ($r = 0,33$) et la qualité de la relation interpersonnelle entre l'intervenant et le superviseur ($r = 0,33$).
- *En ce qui concerne les conséquences négatives pour les intervenants*, on observe une relation négative avec les deux dimensions de la qualité de la relation interpersonnelle entre l'intervenant et le superviseur ($r = -0,31$) suivie du soutien social et émotionnel de la supervision ($r = -0,28$) (la dimension de l'assistance aux tâches n'était pas mesurée).

En plus de rappeler l'importance de mettre en place des mesures de supervision dans les organisations, cette méta-analyse suggère de fournir une formation aux superviseurs qui couvre les trois dimensions de la supervision (assistance aux tâches, soutien social et émotionnel de la supervision et la qualité de la relation interpersonnelle entre l'intervenant et le superviseur) (Mor Barak et al., 2009).

Bien que cette méta-analyse et d'autres études soulignent l'importance de la supervision dans le travail des intervenants, certains auteurs en viennent à critiquer cette conceptualisation idéalisée de la supervision comme meilleure pratique d'intervention.

Dans une revue systématique effectuée auprès de 21 études des États-Unis publiées entre 2000 et 2012, Carpenter et ses collègues (2013) explorent l'association entre la supervision dans le domaine de la protection de la jeunesse spécifiquement (contrairement à Mor Barak et al., 2009) et les retombées (rentabilité et efficacité) pour les utilisateurs, les employés et les organisations. Leur revue systématique illustre que la supervision est associée à certains effets positifs chez les employés (satisfaction au travail, auto-efficacité, sentir l'engagement de l'organisation) et les organisations (gestion de la charge de travail, rétention d'emploi, analyse de cas) mais que rares sont les recherches s'intéressant aux retombées de la supervision pour les utilisateurs (à savoir, les enfants et les familles).

De façon analogue à Mor Barak et ses collègues (2009), la supervision se concentrant sur de l'assistance aux tâches, du soutien social et émotionnel et la qualité de la relation interpersonnelle est soutenue par les résultats de la revue systématique. Toutefois, les auteurs rappellent que ces études utilisent des analyses corrélationnelles et non causales, empêchant de conclure que la supervision est une pratique fondée sur des preuves (Carpenter et al., 2013). Bref, aucune étude répertoriée dans leur revue systématique permettant de conclure à l'efficacité de la supervision, des études longitudinales et expérimentales sont nécessaires (Carpenter et al., 2013).

7.3.3.2. Le soutien social

Considérant que le soutien social représente l'un des facteurs organisationnels permettant de réduire le roulement du personnel ou l'épuisement professionnel chez les intervenants en protection de la jeunesse (DePanfilis et Zlotnik, 2008; Kim et Kao, 2014; McFadden et al., 2015), Olaniyan et ses collègues (2020) ont décidé d'approfondir les différents types de soutien social observés dans le milieu de travail et leurs retombées chez les intervenants. À l'aide d'un examen de la portée (*scoping review*), 55 articles évalués par les pairs publiés entre 1985-2019 ont été sélectionnés. De leur analyse des résultats, les auteurs dégagent trois types de soutien social, soit :

- 1) le soutien des collègues/pairs,
- 2) le soutien social/organisationnel offert par les gestionnaires,
- 3) le soutien provenant de la supervision/du leadership.

Le soutien social permettrait à la fois d'augmenter les retombées positives dans le milieu de travail (p. ex. satisfaction au travail, rétention) tout en diminuant les risques de retombées négatives (p. ex. roulement du personnel, épuisement professionnel, stress). Olaniyan et ses collègues (2020) concluent à l'importance de diversifier les sources de soutien pour les intervenants en protection de la jeunesse.

7.3.3.3. Le mentorat

Afin d'évaluer les bénéfices des programmes de mentorat formel et informel auprès des intervenants en protection de la jeunesse, une revue systématique a été menée sur une période de temps non spécifiée ($n = 6$) (Romero et Lassmann, 2017). Bien que la faible qualité méthodologique de ces articles empêche de généraliser les résultats et de statuer sur l'efficacité des programmes de mentorat, certains bénéfices personnels (p. ex. satisfaction personnelle, croissance personnelle) et professionnels (p. ex. succès et satisfaction) ont néanmoins été associés à ces programmes (Romero et Lassmann, 2017).

7.4. Principaux constats

- Les recensions des écrits sur les liens entre le roulement du personnel et les pratiques professionnelles des intervenants du système de la protection de la jeunesse regroupent généralement les facteurs liés à la rétention ou au roulement du personnel en deux grandes catégories : individuelles et organisationnelles.
- La catégorie des facteurs individuels correspond aux différents facteurs : a) sociodémographiques (p. ex. âge, genre), b) liés à la formation spécifique et adaptée (p. ex. préparation au milieu de la protection de la jeunesse), c) liés aux attitudes/perceptions (p. ex. engagement envers l'organisation, satisfaction au travail, engagement personnel) et d) liés aux stress/fatigue/stratégies d'adaptation (p. ex. épuisement émotionnel, traumatisme par procuration, stratégies de coping, conciliation travail-famille).
 - Parmi les facteurs individuels, ceux sur lesquels il serait plus envisageable d'intervenir sur un plan provincial/national sont : liés à la formation spécifique et adaptée et aux stress/fatigue/stratégies d'adaptation.
- La catégorie des *facteurs organisationnels* inclut parfois les caractéristiques qui sont liées au travail à accomplir, parfois non. Dans ce deuxième cas, les caractéristiques du contexte professionnel sont considérées dans une catégorie à part.
- Les caractéristiques *liées au travail à accomplir* regroupent surtout : a) la charge de travail et b) les préoccupations relatives à la sécurité des intervenants.
 - Les résultats relatifs à la charge de travail sont ambigus, parfois associés, parfois non, au roulement du personnel.
 - Une étude effectuée auprès d'intervenants en protection de la jeunesse ($n = 586$) au Québec souligne que la présence de violence physique et le climat de travail

occasionné par cette violence augmentent l'absentéisme et le désir de quitter leur emploi (Geoffrion et Ouellet, 2013).

- Parmi les facteurs organisationnels qui relèvent des caractéristiques du contexte professionnel, ont surtout été étudiés: a) le salaire/les conditions de travail, b) le soutien des pairs/collègues et des supérieurs et c) la supervision.
- La supervision a fait en soi l'objet de recensions, ce qui a permis de l'analyser sous trois dimensions plus précises : l'assistance aux tâches, le soutien social et émotionnel de la supervision et la qualité de la relation interpersonnelle entre l'intervenant et le superviseur. Selon l'état actuel des connaissances, bien que la supervision soit associée à diverses retombées positives pour les intervenants et les organisations en protection de la jeunesse, son efficacité est remise en question.
- Parmi les facteurs organisationnels, ceux sur lesquels il serait plus envisageable d'intervenir sur un plan provincial/national sont : le salaire/les conditions de travail, la supervision et la sécurité des intervenants. En effet, le soutien des pairs/collègues est tout à fait souhaitable, mais « ne se décide pas » par un ministère.
- Les revues de la littérature sur le roulement et la rétention des intervenants en protection de la jeunesse se concentrent principalement à comprendre les besoins des intervenants et leurs organisations. Rares sont les revues de la littérature considérant les besoins associés au roulement et de la rétention du personnel chez les utilisateurs, soit les parents et les enfants suivis en protection de la jeunesse. Certains travaux de chercheurs québécois soulignent toutefois la complexité des liens entre le roulement du personnel et les besoins et retombées chez les utilisateurs.
- À titre d'exemple chez de jeunes filles hébergées en centre de réadaptation au Québec entre 2008 et 2010, un taux de roulement élevé est associé à une plus longue durée dans les services et à davantage de placements subséquents. Toutefois, contrairement à leurs attentes, un taux de roulement élevé est associé à moins de temps en placement, suggérant ainsi que le roulement du personnel serait peut-être mieux adapté pour comprendre les conséquences à long terme (la durée des services, placements subséquents) qu'à court terme (Tremblay, Y. Haines, et al., 2016).
- Toujours auprès d'adolescentes placées en centre de réadaptation, les adolescentes exposées à un taux plus élevé de roulement du personnel présentent une atténuation de diverses conséquences psychologiques (détresse psychologique, colère) au fil du temps. Cette étude suggère ainsi qu'en plus du roulement du personnel, les diverses dimensions du portrait clinique des adolescentes en centre de réadaptation se doivent d'être considérées afin de comprendre leur évolution clinique (Tremblay, Y. Haines, et al., 2016).

7.5. Références bibliographiques

- Carpenter, J., Webb, C. M., et Bostock, L. (2013). The surprisingly weak evidence base for supervision: Findings from a systematic review of research in child welfare practice (2000–2012). *Children and Youth Services Review*, 35(11), 1843-1853.
- DePanfilis, D., et Zlotnik, J. L. (2008). Retention of front-line staff in child welfare: A systematic review of research. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 995-1008.
- Geoffrion, S., et Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse ? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263-289.
- Kim, H., et Kao, D. (2014). A meta-analysis of turnover intention predictors among U.S. child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 47, 214-223.
- McFadden, P., Campbell, A., et Taylor, B. (2015). Resilience and Burnout in Child Protection Social Work: Individual and Organisational Themes from a Systematic Literature Review. *The British Journal of Social Work*, 45(5), 1546-1563.
- Mor Barak, M., Nissly, J., et Levin, A. (2001). Antecedents to Retention and Turnover among Child Welfare, Social Work, and Other Human Service Employees: What Can We Learn from Past Research? A Review and Metanalysis. *Social Service Review*, 75(4), 625-661.
- Mor Barak, M. E., Travis, D. J., Pyun, H., et Xie, B. (2009). The Impact of Supervision on Worker Outcomes: A Meta-analysis. *Social Service Review*, 83(1), 3-32.
- Olaniyan, O. S., Hetland, H., Hystad, S. W., Iversen, A. C., et Ortiz-Barreda, G. (2020). Lean on Me: A Scoping Review of the Essence of Workplace Support Among Child Welfare Workers. *Frontiers in psychology*, 11, 287-287.
- Romero, A., et Lassmann, H. (2017). Benefits of Mentoring Programs for Child Welfare Workers: A Systematic Review. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 41(3), 301-316.
- Tremblay, C., et Joly, J. (2009). Le roulement du personnel chez des intervenants en Centre jeunesse : état, causes et effets. *Revue de psychoéducation*, 38(2), 189-213.
- Tremblay, C., Joly, J., Haines, V., et Lanctôt, N. (2016). Liens entre le roulement du personnel vécu et l'évolution clinique d'adolescentes hébergées en centre de réadaptation. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 33(2), 179-202.
- Tremblay, C., Y. Haines, V., et Joly, J. (2016). Staff Turnover and Service Quality Within Residential Settings. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 40(1), 22-36.

SECTION 3: DONNÉES EXPÉRIENTIELLES

Entretiens de groupe

INTRODUCTION

À l'instar de Harvey et de ses collaborateurs²⁰, des entretiens de groupe auprès d'intervenants œuvrant en protection de la jeunesse (PJ) à toutes les étapes du processus clinique et à l'échelle de la province ont été menés afin de recueillir leurs perceptions quant aux standards de pratique ministériels actuellement en cours au MSSS. En 1988, seules les premières étapes du processus clinique avaient été considérées, soit la réception et le traitement des signalements et l'évaluation-orientation et seulement quatre Centres de services sociaux²¹ (CSS) avaient participé au processus de consultation.

Les sections suivantes présentent dans un premier temps la démarche méthodologique utilisée pour mener les entretiens de groupe et procéder à l'analyse de contenu. Dans un deuxième temps, il sera question des principaux résultats issus de l'analyse des données recueillies lors de ces entretiens. Finalement, les grands constats et principaux enjeux émergeant des résultats quant aux représentations qu'ont les acteurs rencontrés des standards seront présentés.

²⁰ Harvey, J. (1988). *Rapport sur l'analyse des activités de réception et de traitement des signalements, et d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse*, Montréal, MSSS, 82 p.

²¹ Découpage en vigueur à ce moment-là, avant la création des Régies régionales en 1992, des Agences de la santé et des services sociaux en 2003, et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et des Centres intégrés de santé et de services sociaux en 2015.

PERCEPTIONS DES STANDARDS ET CONDITIONS DE PRATIQUE ACTUELS

1 MÉTHODOLOGIE

Cette section présente les principaux éléments méthodologiques de la démarche. Les objectifs visés seront d'abord abordés, suivis du mode de recrutement des participants et d'un bref portrait des intervenants ayant participé aux entretiens de groupes. La stratégie d'analyse des données sera ensuite présentée ainsi que la portée et les limites des résultats obtenus.

1.1. Objectifs des entretiens de groupe

L'entretien de groupe est une méthode de recherche visant à recueillir de l'information sur les perceptions et les représentations de participants et à susciter une discussion ouverte à partir d'une grille d'entrevue préalablement élaborée. Cette méthode ne vise pas à documenter une réalité objective, mais plutôt à atteindre une meilleure compréhension de la manière dont les participants se représentent cette réalité et composent avec celle-ci (Kitzinger, 1994; Leclerc et al., 2011²²). Les groupes doivent être constitués d'un nombre représentatif de personnes (6 à 12) répondant à des critères d'homogénéité.

Dans le cadre de la présente étude, les entretiens de groupe visaient à obtenir des informations sur les représentations que se font les intervenants des quatre étapes du processus clinique en PJ (Réception et traitement des signalements, Évaluation-Orientation, Application des mesures et Révision) sur :

- 1) Les standards de pratique, la place qu'ils leur accordent dans leur pratique et les nouveaux standards qu'ils proposent.
- 2) Ce qui doit actuellement être amélioré ou harmonisé à l'étape du processus clinique où ils interviennent;
- 3) Les nouvelles réalités sociales et propres à leur travail rencontrées à l'étape du processus clinique où ils interviennent;
- 4) Les conditions et soutiens dont ils ont besoin (ex. : organisationnels ou en matière de pratique) afin de bien remplir leur mission à l'étape du processus clinique où ils interviennent et les pistes d'amélioration qu'ils suggèrent.

Le canevas d'entretien semi-dirigé s'inspire de celui utilisé par Harvey et ses collaborateurs.

²²Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121. Leclerc, C., Bourassa, B., Picard, F., Courcy, F. (2011). Du groupe focalisé à la recherche collaborative; avantages, défis et stratégies. *Recherches Qualitatives*, 29(3), 145-167.

1.2. Recrutement des participants et déroulement des entretiens

L'ensemble des directions de la protection de la jeunesse (DPJ) et des directions des programmes jeunesse (DPJe) ont été informées par le MSSS dès décembre 2019 de l'organisation prochaine d'entretiens de groupe dans le cadre du mandat ministériel sur les standards de pratique. Elles ont été interpellées plus formellement par le ministère en février 2020 afin d'identifier et de dégager deux intervenants par étapes du processus clinique (huit intervenants par région sociosanitaire) pour participer à ces entretiens de groupe. Il leur a été demandé de favoriser la participation d'intervenants ayant au moins trois ans d'expérience à l'étape du processus clinique où ils interviennent.

Les questions abordées lors des entretiens ont été communiquées aux intervenants à l'avance afin qu'ils puissent se préparer et alimenter leur réflexion auprès de leur équipe. Il leur a été précisé préalablement, ainsi qu'en introduction des entretiens de groupe, que leurs renseignements personnels et leurs propos resteraient confidentiels.

Douze entretiens de groupe ont ainsi été réalisés au cours des mois de février et de mars 2020, regroupant 129 intervenants, provenant de 16 régions sociosanitaires, répartis en fonction des quatre étapes du processus clinique :

- Réception et traitement des signalements (RTS) : n=31;
- Évaluation et Orientation (É-O) : n=33;
- Application des mesures (AM) : n=35;
- Révision : n=30²³.

Pour chaque étape du processus, trois groupes d'intervenants ont été formés en retenant la densité de la population des régions sociosanitaires²⁴ comme critère de regroupement :

- Les régions densément peuplées : Montréal, Laval, Montérégie et Capitale-Nationale;
- Les régions moyennement densément peuplées : Lanaudière, Laurentides, Estrie, Chaudière-Appalaches, Mauricie-Centre-du-Québec, et Outaouais;
- Les régions peu densément peuplées : Bas-St-Laurent, Gaspésie-Île-de-Madeleine, Saguenay Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Nunavik.

²³ Deux réviseurs, provenant d'une même région, n'ont pas été en mesure de participer aux entretiens de groupe en visioconférence en raison de problème de connexion. Ils ont fait parvenir à l'équipe de recherche leurs réponses écrites aux quatre questions, rédigées en concertation avec l'ensemble de leur équipe. Ce matériel a été ajouté à celui des entretiens de groupe et a été considéré au même titre que les témoignages obtenus lors des groupes de discussion.

²⁴ Seule une région sociosanitaire n'a pu participer à la démarche en raison de la barrière de la langue.

Les entretiens, d'une durée de 2h30, se sont tenus essentiellement en présence pour les régions densément peuplées et en visioconférence pour les autres, et ceci sur les heures habituelles de travail des intervenants.

1.3. Échantillon

Les participants ont été invités à remplir un questionnaire sociodémographique afin de recueillir de l'information sur leur fonction, leur expérience professionnelle et leur parcours de formation. Parmi les 129 intervenants ayant participé aux entretiens de groupe, les femmes sont nettement majoritaires (90%). Cent douze participants (87% de l'échantillon) ont retourné le questionnaire complété :

- Ces intervenants sont âgés de 23 à 63 ans (médiane = 37);
- Ils comptent entre moins d'un an et 34 ans d'expérience dans le domaine de l'intervention psychosociale (médiane = 14), et pour l'étape clinique en particulier où ils interviennent :
 - RTS : moins d'un an à 20 ans (médiane = 8);
 - É-O : de 1 à 20 ans (médiane = 8);
 - AM : moins d'un an à 29 ans (médiane = 6);
 - Révision : moins d'un an à 17 ans (médiane = 8).

Une grande majorité des intervenants (86%) détient un diplôme universitaire, principalement en service social (53%), sinon en criminologie (14%), psychoéducation (11%) ou psychologie (7%). Les autres détiennent un diplôme de niveau collégial en service social, éducation spécialisée ou formation générale.

1.4. Stratégie d'analyse des données qualitatives

L'analyse de contenu thématique a été utilisée ici. Cette méthode consiste à repérer dans les propos des participants les thèmes généraux qui ressortent de leurs discours (L'Écuyer, 1990; Mayer et Deslauriers, 2000²⁵). Ces thèmes ont ensuite été organisés en catégories d'analyse. Dans un premier temps, une analyse de contenu thématique verticale, par étape du processus clinique, toutes régions confondues, a été effectuée afin de repérer les éléments propres aux réalités rencontrées à chacune des étapes. Dans un deuxième temps, l'ensemble du contenu a été analysé de manière transversale, intégrant les quatre étapes du processus

²⁵ L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale des contenus. Méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presses de l'Université du Québec; Mayer, R., et Deslauriers, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques, G. Turcotte et al. (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 159-189). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

clinique, afin de pouvoir repérer les thèmes récurrents dans le discours des participants (Paillé, 1996; Paillé et Mucchielli, 2003²⁶), tout en distinguant les particularités régionales²⁷.

1.5. Limites et portée des résultats

La présente étude présente l'avantage de s'appuyer sur un échantillon composé d'intervenants issus de pratiquement toutes les régions sociosanitaires du Québec. La triangulation des données issues des entretiens de groupe avec celles recueillies à l'aide de questionnaires dans le cadre du présent mandat permettra de corroborer les résultats tout en apportant les nuances nécessaires.

Toutefois, l'étude présente également certaines limites. Tout d'abord, la première question posée aux participants a dû être modifiée à la suite des trois premiers groupes de discussion, car elle n'était pas suffisamment explicite pour les amener à discuter des standards de pratique. Dans sa seconde mouture, la notion de standard a été nommément abordée et les animatrices ont pris soin d'orienter les discussions dans ce sens. Force est de constater que, malgré tout, il a été difficile d'amener les participantes à s'exprimer sur les standards et plusieurs auront par ailleurs fait référence à d'autres normes ou balises régissant la pratique en PJ, et parfois même à des statistiques peu conformes à la réalité. Cette confusion aura eu pour effet de diluer les échanges et le regard critique attendus sur les standards de pratique.

Également, les DPJ et DPJe ayant identifié elles-mêmes les participants, nous ne sommes pas en mesure d'établir le degré de volontariat et d'intérêt de ceux-ci quant à leur participation à la démarche. Nous ne sommes pas non plus en mesure d'identifier l'impact de ce volontariat variable sur la validité des données. Enfin, les intervenants n'avaient pas toujours les trois ans d'expérience professionnelle demandés à leur étape clinique, donc pas forcément tout le recul nécessaire pour s'exprimer sur leur pratique.

²⁶ Paillé, P. (1996). Recherche heuristique. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 195). Paris : Armand Colin; Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

²⁷ En raison des courts délais impartis pour réaliser les entretiens de groupe et l'analyse de contenu, les analyses ont dans un premier temps été réalisées à partir des notes prises par des professionnelles de recherche durant les entretiens de groupe. Elles ont ensuite été validées et enrichies des citations une fois les verbatims obtenus.

2. RÉSULTATS

Les principaux résultats issus de l'analyse thématique des entretiens de groupe sont présentés sous cinq grands thèmes : 1) les perceptions des intervenantes rencontrées²⁸ à propos des standards de pratique ministériels actuellement en vigueur; 2) les nouvelles réalités sociales et familiales auxquelles elles sont confrontées dans leurs pratiques; 3) les réalités organisationnelles qui influencent leurs pratiques; 4) les enjeux législatifs encadrant leurs pratiques et finalement 5) les enjeux concernant le milieu judiciaire et les répercussions sur leurs pratiques.

Rappelons que la présentation de ces résultats s'appuie sur les propos des participantes et non sur une interprétation ou appréciation de ceux-ci.

2.1. Regards sur les standards de pratique

Les standards de pratique sont abordés ici en deux temps. D'abord, les impressions générales des intervenantes sur les standards de pratique et sur leur impact sur leur pratique professionnelle seront présentées. Dans un deuxième temps, un regard plus spécifique est posé sur les standards relatifs à chacune des quatre étapes du processus clinique.

2.1.1. Impressions générales des intervenantes

Les intervenantes rapportent que les standards sont nécessaires pour baliser la pratique en PJ, mais dans l'état actuel des choses, ils seraient inadaptés et inatteignables. Ils seraient également parfois mal compris et leur application variable dans le temps et l'espace.

2.1.1.1. Des standards de pratique nécessaires

La nécessité de standards n'est pas remise en question par les intervenantes dans le cadre de la pratique en PJ, cela compte tenu des décisions lourdes de conséquences pour les enfants et leur famille qu'elles doivent prendre. À leur avis, « *il faut respecter des délais s'il y a un enfant en besoin de protection [...].* » (RTS) et les standards sont utiles pour mesurer la réactivité des interventions. Elles estiment en conséquence qu'il n'est pas nécessaire de réinventer la roue : « *Donc on a énormément de standards déjà déterminés. Moi je pense que ceux-là ne sont pas mauvais.* » (AM)

Plusieurs des standards sont toutefois perçus par la majorité des intervenantes comme étant irréalistes et, par le fait même, inatteignables. À leur avis, il est essentiel qu'ils soient revus afin qu'ils puissent être le reflet de la qualité des interventions à toutes les étapes du processus clinique, plutôt que d'être uniquement définis par des balises quantitatives. Les

²⁸ Afin de faciliter la lecture de la présente section du rapport et considérant qu'une majorité de femmes a participé aux entretiens de groupe, nous avons employé le féminin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes lorsque les propos des participantes sont rapportés.

intervenantes estiment de plus qu'ils devraient laisser l'espace nécessaire à l'exercice du jugement clinique.

« Tantôt on parlait de standards de pratique, d'évaluation de notre pratique, mais de miser sur la qualité et non pas la quantité. Moi quand je rencontre des enfants qui sont placés 'majo', qui sont considérés comme dans leur famille parce qu'ils ne voient plus leurs parents, mais que je les voie aux trois semaines ça ne change pas grand-chose. C'est tout le temps la même affaire. Mais il y en a d'autres des enfants qui vivent de grandes difficultés, il faut que je les voie aux semaines ou aux deux semaines. Mais le ratio dit qu'il faut les voir à tant de fréquence. Moi je pense qu'il faut vraiment y aller avec le jugement clinique, puis c'est de dire il y a des enfants que ça mérite qu'on voie régulièrement puis d'autres que ce n'est pas nécessaire qu'on voie à la même, même fréquence tout le temps. Mais ça, je pense que ça se perd dans la quantité que : « tout doit être fait en 30 jours », « tout doit être fait en trois mois », « tous les enfants doivent être vus. » Je trouve que ça ne fait pas de sens, on perd quelque chose. » (AM)

2.1.1.2. La compréhension et la diffusion déficitaires des standards de pratique

Il est important de souligner que les intervenantes rencontrées, peu importe la région où elles travaillent, n'ont pas abordé que les standards de pratique émis par le MSSS. La majorité a également évoqué des balises provenant de cadres de référence et d'autres documents provinciaux diffusés par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) ou les DPJ avant l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* de 2015²⁹ (Loi 10). Certaines ont, de plus, énoncé des normes propres à leur établissement, mises en place par leur(s) DPJ ou leur(s) gestionnaires comme des délais à respecter, et qui s'avèrent différents de ceux exigés par les standards. Cela nous indique qu'il y a de la confusion entre les standards ministériels, les pratiques préconisées et les attentes locales propres aux gestionnaires.

Notons que plusieurs intervenantes déplorent le manque d'informations à propos de ce que sont réellement les standards de pratique. Il leur apparaît nécessaire de mettre en place des mécanismes afin que les standards et les normes soient diffusés et compris de tous.

« Ça fait que, ça aussi, si on veut que les standards de pratique soient bien appliqués et compris, il faut qu'il y ait quelqu'un quelque part qui chapeaute ça, puis être capable de faire [connaître] les meilleures pratiques ou les meilleurs

²⁹ RLRQ, c. 0-7.2.

standards, puis de veiller à ce que ça soit fait. Puis qu'un moment donné il y ait une... Parce que, même pour la loi, on a de la difficulté des fois à avoir une connaissance, tout le monde, de la même chose puis de la comprendre. Parce que même les juges, d'un juge à l'autre, des fois l'interprétation de la loi n'est pas la même. Moi je pense qu'il y a quelque chose là, d'aller revérifier, de voir, est-ce qu'on peut créer quelque chose qui fait que, dans les standards de pratique, on va avoir une uniformité pour tout le monde. » (AM)

2.1.1.3. L'harmonisation nécessaire des standards de pratique et des normes

Une majorité d'intervenantes ont perçu de grandes disparités concernant l'application des standards et des diverses normes de pratique entre les CISSS et les CIUSSS : « *Ce que je constate c'est que ce n'est pas uniforme partout pour les normes, pour les attentes. Je pense que d'établissement en établissement ça change énormément.* » (AM)

Cette situation risque, selon les intervenantes rencontrées, d'avoir un impact sur le traitement réservé aux enfants. Considérant que la LPJ est une loi qui concerne des situations d'exception, elles estiment que cela est inadmissible et propice à ce que soient prononcées des lésions de droits.

L'absence de définitions claires et partagées du rôle de chacun à chaque étape du processus clinique est également perçue comme un irritant pour une majorité d'intervenantes rencontrées. Plusieurs ont ainsi l'impression de ratisser plus large que la tâche prévue dans leur description de poste, ce que les standards actuels ne prennent pas en considération.

« Puis en tant que l'application des mesures c'est ben beau avoir rentré avec un 38 b) « triple i³⁰ », mais là le fait de travailler avec la famille puis de connaître la famille, c'est vraiment un 38 f)³¹. Ça fait qu'on trouve d'autres bobos. Ça fait que [c'est] nous autres mêmes à l'application des mesures qui font des signalements. Mais là ce n'est pas abus sexuel ou abus physique, mais là c'est nous autres qui faisons l'évaluation. Ça fait qu'on se crée tout le travail dans le fond, mais il faut le faire. » (AM)

En conséquence, plusieurs intervenantes jugent qu'une harmonisation de l'application des standards, des balises provinciales et des normes serait souhaitable et contribuerait à améliorer l'équité des services. Elles ajoutent qu'une instance provinciale devrait être en

³⁰ 38 b) iii : négligence sur le plan éducatif

³¹ 38 f) : troubles de comportement sérieux

mesure de déterminer les bonnes pratiques et de les diffuser dans l'ensemble des établissements.

« Il y a beaucoup d'aspects qu'on discute aujourd'hui qui sont en lien avec la perte de l'ACJQ, l'Association des centres jeunesse, qui avait travaillé d'arrache-pied pour construire plein d'outils, tenté d'uniformiser. Et là, on dirait qu'on revient à la case départ. Je ne dis pas que l'ACJQ était parfaite, mais du moins il y avait un regard provincial. » (Révision)

2.1.1.4. Les impacts du contexte actuel sur l'atteinte des standards de pratique

La majorité des intervenantes ayant participé aux groupes de discussion considère qu'il est impossible de viser l'atteinte des standards de pratique dans le contexte actuel : *« on arrive difficilement à respecter ces standards »* (É-O); *« La problématique c'est qu'ils deviennent un peu utopiques dans la pratique actuelle. »* (AM) Plusieurs facteurs du contexte organisationnel contribuant à entraver l'atteinte des standards ont été énoncés par les intervenantes et ont pris beaucoup de place lors des discussions :

- Des difficultés importantes d'attraction et de rétention du personnel;
- Une perte d'expertise considérable depuis le changement de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux et les nombreux départs à la retraite;
- Un manque de reconnaissance de l'expertise nécessaire pour travailler dans le domaine de la PJ ;
- Un engorgement du système judiciaire;
- Des difficultés à déployer avec les principaux partenaires un filet de protection autour des familles vulnérables.

Les tentatives d'atteinte des standards dans le contexte organisationnel actuel contribueraient selon les intervenantes interrogées à l'accomplissement d'un travail clinique à grande vitesse, pour lequel elles doivent prendre des décisions cruciales à l'endroit d'enfants vulnérables et de leur famille, sans forcément avoir réalisé toutes les démarches nécessaires et favorables à une prise de décision éclairée.

« La rapidité est valorisée, mais ça a pour conséquence de tourner les coins ronds, de fermer trop tôt. » (É-O)

Plusieurs intervenantes ont également constaté que leur jugement clinique est de plus en plus évacué au fil des années et qu'elles s'inscrivent plutôt dans une logique de stricte application de mesures.

*« Puis je trouve que ça évacue complètement tout l'aspect thérapeutique et clinique parce qu'on est en mesure volontaire, on a une ordonnance, il faut aller vers ça. À la question de savoir, quand on reçoit un dossier, comment il devrait être traité ou vu, ben on ne nous parle pas du [travail] clinique. Là, il faut que tu interdises au père d'aller ici, il faut que tu interdises à la mère ça, tout ça. »
(AM)*

Dans ce contexte de rapidité et de surcharge, plusieurs intervenantes, provenant plus particulièrement des régions moyennement et peu densément peuplées, ont rapporté que l'utilisation d'outils cliniques ou la consultation de spécialistes en activités cliniques (SAC) n'est pas toujours possible.

« Moi je suis capable de faire 52 évaluations, mais sur le plan de la qualité de l'analyse, je me sens pressée de prendre des décisions, par exemple, je ne prends pas le temps d'utiliser des outils cliniques pertinents. » (É-O)

En outre, plusieurs intervenantes ont constaté que la hausse des signalements enregistrée depuis plusieurs années au Québec alourdit le travail au sein des équipes, dont plusieurs sont de surcroît instables : *« On a les mêmes standards depuis des années, mais le nombre de signalements augmente d'année en année, c'est le fait de ne pas être assez. »* (RTS) Ainsi, la dispensation des services auprès des jeunes et de leur famille ne semble pas, dans le contexte, caractérisée par son efficacité.

Toutes sont d'avis que cette situation a des répercussions importantes sur la qualité des services qu'elles sont en mesure de rendre aux enfants et leur famille et qu'elle pourrait contribuer à la récurrence des signalements.

*« Donc c'est vraiment un effet très pervers parce qu'on tourne les coins ronds. Admettons, nous on est en abus, souvent abus physique, abus sexuel, ben tu ne vas pas regarder la négligence, tu ne vas pas regarder l'absentéisme scolaire. Tu te focusses sur ton alinéa, et du coup est-ce que tu vas prendre le temps de recevoir le dossier médical? Est-ce que tu prends le temps d'accompagner les parents dans une ressource? Donc il n'y a pas de support qui est fait. Et les conséquences, c'est que les dossiers reportent [sic]. On n'a jamais eu autant de dossiers qui sont resignalés parce qu'on ferme trop vite nos dossiers et c'est sûr que c'est une pression même si on n'a pas le ministère qui nous dit : 'voilà, respectez vos statistiques'. C'est une pression constante et du coup c'est lourd. »
(É-O)*

2.1.1.5. L'application variable des standards de pratique

L'importance accordée à l'application des standards et des normes dans les équipes est variable d'un gestionnaire à l'autre de l'avis des intervenantes, quelle que soit la région.

« Selon le supérieur en place, on se rend compte que les pratiques sont différentes et ça vient parfois contredire les pratiques qu'on avait en place, donc on est en constante adaptation. » (RTS)

Dans certains cas, les intervenantes rapportent que les standards et les normes sont évoqués fréquemment, que ce soit lors des rencontres d'équipe ou par l'entremise du SAC; ce qui peut être ressenti comme une pression constante. Dans d'autres cas, les standards sont abordés seulement lorsque les délais sont dépassés : *« si on ne respecte pas le 21 jours, il ne se passe rien concrètement, mais on s'en fait parler. »* (É-O) Enfin, dans d'autres équipes, les standards ne sont pour ainsi dire pas abordés et les gestionnaires deviennent en quelque sorte des guides concernant les délais. Ici, les intervenantes soulignent plutôt l'équilibre à trouver entre la quantité de dossiers imposée et la qualité du traitement accordé à chaque dossier : *« on s'attend de moi à ce que j'offre un service de qualité au-delà de la quantité de signalements traités. »* (RTS)

Lorsque les standards et les normes sont martelés fréquemment, des conséquences sont constatées par des intervenantes sur la dynamique de travail de leur équipe. Certaines d'entre elles ont rapporté avoir développé des mécanismes d'entraide lorsqu'il est temps de fermer des dossiers : *« on travaille plus en équipe, sur le fonctionnement, pour arriver ensemble à la fermeture du dossier au RTS. »* D'autres ont constaté que certains collègues ont tendance à « filtrer » leurs retours d'appel en privilégiant des dossiers moins exigeants, ce qui semble illustrer une dynamique de désolidarisation. Certaines intervenantes ont rapporté ressentir de la culpabilité, car elles ne sont pas en mesure de fournir l'intensité nécessaire dans leurs interventions pour répondre aux besoins de familles tout en atteignant les standards.

« L'autre chose, c'est que de façon générale, je pense qu'on est tous envahis par un gros sentiment de culpabilité de ne pas être capables de fournir ce qu'on devrait fournir aux enfants. Ça, ça nous suit à la maison. Moi quand j'arrive le soir, ma tête est encore au travail. 'Mon Dieu, il faudrait que j'aie vu ce jeune-là, ça fait trop longtemps que je ne l'ai pas vu'. Et c'est ça qui devient très lourd. »
(AM)

Enfin, plusieurs intervenantes ont constaté des contradictions entre les exigences relatives à leur ordre professionnel et les standards et normes qu'elles doivent appliquer dans le cadre de leur pratique en PJ.

« Maintenant, il y a des standards de pratique qui sont en lien avec nos Ordres professionnels. Moi je suis travailleuse sociale, [et] il y en a qui sont de différents ordres. Au niveau du rapport qu'on a à produire [et de] ce qui nous est demandé aussi par rapport à notre ordre, il y a vraiment un fossé par rapport à ce qui est demandé par l'employeur. Donc ce serait important d'arrimer tout ça pour

[qu'on puisse] répondre à la fois à ce que notre ordre professionnel nous demande et ce que nos employeurs, et même les juges, nous demandent. » (AM)

Ces contradictions les placent parfois devant des dilemmes importants, ce qui dans certains cas peut contribuer à générer un stress.

« Là, présentement moi, je ne peux pas respecter ce que mon ordre professionnel me demande si je respecte ce que mon établissement me demande... C'est un ou l'autre. Clairement on ne devrait pas avoir à choisir entre celui qui nous donne le permis de travailler, celui qui nous paie. Ça fait qu'il y a vraiment un gros dilemme éthique et professionnel à avoir. Puis je déplore le fait que je doive choisir entre la main qui me nourrit puis la main qui permet de travailler. Mais, des fois, on n'a pas le choix de se dire 'ben je by-pass mon employeur puis je vais faire ça'. Ou des fois ben c'est une entorse à mon code d'éthique, mais je n'ai pas le choix parce que sinon j'ai un enfant qui va être dans le trouble. » (AM)

2.1.2. Particularités des standards selon les étapes du processus clinique

Pour chacune des quatre étapes du processus clinique, les standards de pratique qui lui sont spécifiques seront exposés, suivis des perceptions des intervenantes à leur égard. Les standards étant parfois confondus avec d'autres normes ou balises qui régissent la pratique en PJ, certaines de ces normes et balises seront également discutées ici.

2.1.2.1. Réception et traitement des signalements

À cette première étape du processus clinique, les intervenants doivent procéder à la réception des signalements et effectuer une analyse sommaire de la situation afin de décider s'ils seront retenus et, le cas échéant, évaluer le degré d'urgence de l'intervention.

Standards en vigueur :

- Durée moyenne de traitement des signalements : 3 jours ouvrables
- Nombre d'heures de traitement d'un signalement : 3 heures

Durée moyenne de traitement des signalements. Si, pour certaines intervenantes, ce standard est facilement atteignable, d'autres font part de leurs difficultés. Les intervenantes, en l'occurrence celles des régions moyennement et peu densément peuplées, rapportent des délais allant de 13 à 24 jours. Dans certains cas, de nouveaux délais à respecter, dépassant nettement les standards, ont été ciblés par les gestionnaires, sans toutefois que les équipes n'aient réussi à les atteindre : *« on a 24 jours de délai de traitement, mais on vise 14 jours alors que ce qui est attendu, c'est quatre. » (RTS)*

Certaines intervenantes constatent avec impuissance que leurs délais de traitement dépassent les standards depuis plusieurs années, alors que pour d'autres, ces chiffres varient surtout selon la fluctuation des signalements à laquelle s'ajoute une pénurie du personnel. Une hausse très importante des signalements est d'ailleurs observée par plusieurs intervenantes.

« Je crois personnellement que c'est parce qu'on manque de gens, parce que si on n'a pas de liste d'attente, les signalements sont pris en direct et sont automatiquement dans notre charge de cas. Quand le débit de signalements est moins grand, on y arrive à traiter un signalement à peu près dans ce laps de temps là. Par contre, quand ça s'accumule, c'est ce qui fait qu'avec la hausse de signalements, on n'y arrive plus. » (RTS)

Vérifications complémentaires téléphoniques et terrain³². Les vérifications complémentaires téléphoniques et terrain (VCT) apparaissent comme ayant un impact non négligeable sur le temps qui doit être consacré au traitement des signalements. Ces vérifications sont susceptibles de se révéler particulièrement complexes, chronophages, et donc d'entraîner un dépassement des délais de traitement. En outre, les attentes relatives à cette action ne sont pas toujours claires. Des intervenantes suggèrent d'ailleurs de mieux définir les balises concernant ces vérifications. Elles ont en effet parfois l'impression de « sur-traiter » les signalements, empiétant alors sur le mandat des équipes É-O.

« On entend beaucoup que les gens se plaignent de la lourdeur des vérifications complémentaires, [on se demande] quelle est la limite pour ne pas tomber dans l'insuffisance des faits? » (RTS)

On observe par ailleurs un manque d'harmonisation dans le traitement de ces vérifications, des équipes ayant adopté des fonctionnements particuliers. Dans certaines équipes, des sous-équipes VCT ont été formées pour se consacrer exclusivement à cette tâche. Dans certaines régions, elles travaillent en dyade avec des intervenants des CLSC. Dans d'autres encore, les VCT ont été limitées à une seule rencontre afin que le traitement soit plus rapide. Enfin, dans des régions peu densément peuplées, ces vérifications ne sont pas faites ou alors elles sont en partie déléguées aux équipes de l'étape Évaluation-Orientation. Cette décision s'explique par un manque de personnel et l'étendue du territoire : *« le territoire est très grand, donc les*

³²Nous utiliserons ici l'acronyme VCT (vérifications complémentaires terrain), qui apparaît être le plus utilisé par les participantes. Notons toutefois que cet acronyme peut inclure les vérifications terrain (VT) ou le programme de vérifications terrain (PVT). Cette nuance n'a pas toujours été faite par les participantes, et les régions semblent d'ailleurs avoir adopté des fonctionnements différents par rapport à ces vérifications.

deux personnes dédiées aux VCT ne peuvent arriver à couvrir toutes les demandes, donc on demande aux équipes É-O. » (RTS)

Charge de cas. Selon ce que rapportent les intervenantes, la charge de cas varie grandement, pouvant aller de 30 à 75 dossiers par intervenante. En outre, il est souligné que lorsque celle-ci déborde, la rédaction des rapports pour les signalements non retenus doit attendre.

Il est constaté que la gestion de la charge de cas n'est pas réalisée de la même manière dans toutes les équipes. En effet, dans certaines d'entre elles, les intervenantes assurent l'ensemble du continuum de la prise de décision - de la réception du signalement au traitement. Alors que dans d'autres, des sous-équipes distinctes ayant été formées pour la réception et pour le traitement, la charge de cas est ainsi répartie. Les intervenantes soulignent que cette flexibilité est nécessaire puisqu'une pratique se révélant efficace dans une région ne l'est pas forcément dans une autre.

« De notre côté, on a fait des tentatives 'Équipe Traitement' et 'Équipe Réception', mais comme équipe, on a fini par y voir des inconvénients. L'Équipe Réception a vite été surchargée, donc on est revenu à une pratique en continuum. » (RTS)

Capacité de répondre immédiatement aux appels. La plupart des équipes des régions densément peuplées disent être en mesure de répondre immédiatement aux appels, sinon de limiter l'attente à quelques minutes. Certaines n'ont même pas de boîte vocale parce qu'elles sont capables d'absorber en temps réel le volume d'appels. La réalité est différente dans d'autres autres régions où des appels doivent être mis en attente; une différence qui s'expliquerait en partie par un manque de personnel.

« Présentement, on a 90-95 appels en attente de retour d'appel parce qu'on n'a pas le personnel nécessaire pour les traiter ces appels-là. Mais c'est des appels qui peuvent attendre, des non-fréquentations scolaires, des choses comme ça. » (RTS)

Les intervenantes soulignent que les appels entrants ne sont pas toujours des signalements. Ils consistent aussi en de l'info-consultation ce qui peut, dans certains cas, demander beaucoup de temps, notamment en soirée. Or, ce type d'appel n'est pas considéré dans l'évaluation de la charge de travail des intervenantes.

2.1.2.2. Évaluation - Orientation

À cette étape, la situation de l'enfant est évaluée afin de statuer si sa sécurité ou son développement sont compromis et, le cas échéant, de déterminer les mesures à mettre en place pour assurer sa protection et aider les parents à corriger la situation.

Standards en vigueur :

- Délai entre la rétention du signalement et le 1^{er} contact à l'évaluation : Code 1 = immédiat; Code 2 = 24h; Code 3 = 4 jours
- Délai moyen de réalisation de l'évaluation : 12 jours
- Nombre d'heures pour effectuer l'évaluation : 30 h
- Nombre d'évaluations par équivalent temps complet par année : 52 évaluations

Les intervenantes se sont principalement exprimées sur trois standards : le délai entre la rétention du signalement et le 1^{er} contact; le délai moyen de réalisation de l'évaluation, et le nombre d'évaluations par année.

Délai entre la rétention du signalement et le 1^{er} contact. Les gestionnaires semblent exercer une forte pression pour l'atteinte de ce standard, quel que soit le type de région, notamment parce qu'il est particulièrement surveillé par le ministère. Il convient de préciser cependant que le discours des intervenantes nous renvoie ici, non pas aux délais selon les codes de priorisation issus des standards, mais plutôt au seul indicateur suivi par le ministère, soit le délai moyen de 1^{er} contact dont la cible établie s'élève à 12 jours. Ce délai moyen est surtout influencé par les délais d'attente pour les codes 3.

« C'est très clair pour nous, c'est répété à chaque fois que le ministère va voir quand est-ce que le dossier a été retenu, puis quand est-ce qu'on a eu la date de premier contact. Et on sait que ça a un impact sur nous et nos statistiques. » (É-0)

Malgré la pression ressentie, le premier contact peut tarder à se faire, en raison par exemple de la difficulté à retrouver la famille.

« On a cette urgence de mettre une date de premier contact. Mais parfois, ça nous prend deux semaines pour trouver la famille [...], mais on sait que cette statistique-là, le ministère la regarde. C'est très clair pour nous, c'est répété à chaque fois que le ministère va voir quand est-ce que le dossier a été retenu, puis quand est-ce qu'on a eu la date de premier contact. [...] C'est une autre pression qu'on reçoit de vouloir mettre une date de premier contact dès qu'on a fait une démarche, même si on n'a pas parlé avec personne pendant deux semaines ». (É-0)

Au-delà du standard et de la cible ministérielle, les intervenantes évoquent le délai à respecter entre le moment où le dossier leur a été assigné et le premier contact. Elles sont plusieurs à énoncer un délai moyen de quatre jours quand d'autres, notamment issues des régions moyennement peuplées, rapportent des délais plus longs. Il semble que diverses conventions existent d'une région à l'autre.

« Les standards, ça serait par exemple les cinq jours après l'ouverture d'un dossier pour un premier contact. Ça, c'est sûr que si on tarde trop, on va se le faire dire ». (É-O)

« Nous, au niveau de nos standards, le premier contact, quand un dossier est assigné à l'évaluation, doit être fait dans les sept jours ». (É-O)

Peu importe le délai convenu, il apparaît que les gestionnaires en assurent un suivi très étroit et susceptible de créer une pression chez les intervenantes :

« On reçoit aussi une feuille de respect de contact pour les intervenantes ou on reçoit un courriel personnalisé des premiers contacts non réalisés selon notre charge de cas. » (É-O)

« Nous aussi on a cette fameuse feuille de délai de contact imprimée dans notre pigeonnier, avec le nom des intervenants de l'ensemble de l'équipe, qui n'a pas respecté ces délais-là. » (É-O)

Nombre d'évaluation par année par intervenant. Le nombre d'évaluations effectuées par année varie selon les régions, les chiffres évoqués par les intervenantes allant de 45 à une cinquantaine. Ce sont surtout les intervenantes des régions peu densément peuplées qui rapportent les chiffres les plus bas, ce qu'elles expliquent par la contrainte que représente l'étendue du territoire sur lequel elles interviennent. De l'avis de l'ensemble des intervenantes, ce standard est très difficile à atteindre et s'il est atteint, c'est au prix de la qualité des services et du risque de re-signalements.

« C'est 52 dossiers par année par intervenant. Je ne connais pas le pourcentage qui y arrive, mais c'est très difficile ». (É-O)

« Mais j'ai juste peur [...] que le ministère voie les statistiques et dise "ben là, la plupart y arrivent, donc ils y arrivent. Les conditions ne sont pas faciles, mais ils y arrivent". Mais la vérité, c'est que la qualité des services [est affectée]. Et, on l'a dit, ils se font re-signaler, c'est vraiment... il y a un impact énorme. Si on arrive à atteindre cet objectif-là, il y a un impact énorme sur notre pratique ». (É-O)

En outre, dans certaines régions, cette charge augmente dès que l'équipe bénéficie d'un soutien puisque celle d'une coordonnatrice clinique ou d'un chef d'équipe est répartie dans le reste de l'équipe.

« En tant que coordo, on est intervenant dans l'équipe, donc on doit avoir une charge de cas de 52 dossiers par année, mais cette charge doit être répartie dans l'équipe. » (É-O)

« On doit répartir la charge du chef d'équipe dans le reste de l'équipe, il faut payer pour le support, ce qui revient à 56-57 évaluations. » (É-O)

Les intervenantes proposent que ce standard soit adapté en fonction de la complexité des dossiers. À l'heure actuelle, la quantité de dossiers traités semble primer sur la qualité du traitement accordé à ceux-ci.

« Les 52 évaluations par an perdent de leur sens si on ne considère pas la lourdeur des dossiers. On ne classe pas des cannes de tomates. » (É-O)

« Au niveau des 52 dossiers, c'est parfois faisable dépendamment des dossiers, mais on trouve ça vraiment difficile parce que, parfois, c'est vraiment le hasard des choses. On se trouve parfois à avoir plein de dossiers très, très intenses, très complexes, qui prennent beaucoup de temps, mais c'est la même statistique qui est donnée à tout le monde. » (É-O)

Délai moyen de réalisation de l'évaluation pour statuer sur la compromission. À ce niveau, les délais visés semblent très variables selon les équipes; ils se situeraient entre 15 à 45 jours selon ce que rapportent les intervenantes. Certaines s'étonneront elles-mêmes de si grandes différences entre équipes issues de régions similaires.

« C'est sûr que nous on a 45 jours pour faire nos évals. Ça fait que là, ce que je comprends, c'est qu'il y a vraiment une différence au niveau des standards, au niveau du temps pour faire nos évaluations [...] Mais 21 jours pour réaliser tout ça, c'est vraiment très très court effectivement, parce qu'en 45 jours, on n'y arrive pas toujours. » (É-O)

Les intervenantes évoquent un certain nombre de facteurs pouvant avoir un impact sur ces délais et le temps accordé à la réalisation de l'évaluation.

- Le manque de réactivité des partenaires dans le cadre des ententes multisectorielles qui engendre des délais sur lesquels les intervenantes n'ont que très peu de pouvoir, même dans le cas de code 1;

« Bon, si c'est un code 1, ça devrait être comme la même journée ou sinon la journée après. Cette semaine ils m'ont dit "Je n'ai pas de temps cette semaine, donc gardez l'enfant en placement ou whatever". » (É-O)

- Le nombre d'enfants dans la fratrie qui accroît significativement le temps à accorder à la réalisation de l'évaluation;

« Si on a quatre enfants ou un enfant, c'est quand même 21 jours. Si on a un code 1, un à chaque semaine, puis une urgence sur un de nos cas, on doit respecter les 21 jours. » (É-O)

- Les vérifications complémentaires terrain qui peuvent s'avérer nécessaires pour compléter ou pallier ce qui n'a pu être fait à l'étape RTS;

« On évalue environ 80 vérifications complémentaires institutionnelles, on se déplace, on fait les entrevues, mais ça n'est pas comptabilisé dans nos propres statistiques parce que c'est du RTS » (É-O)

- L'arrivée de dossiers plus urgents (ex. : codes 1 ou 2), ce qui amène d'ailleurs certaines intervenantes à suggérer que des équipes soient exclusivement dédiées aux codes 1 et 2 et d'autres au code 3; une pratique déjà mise en œuvre dans certaines régions et qui semble fonctionner;
- Les longs déplacements sur les territoires étendus qui engendrent forcément des délais supplémentaires pour les intervenantes des régions peu densément peuplées.

« Moi dans le fond, je peux me déplacer d'un bord ou de l'autre, moi je suis comme au milieu, mon point de service de 100 kilomètres d'un côté, 100 kilomètres de l'autre côté aussi. Puis le tribunal est à 110 kilomètres. Ça fait qu'on se déplace beaucoup, beaucoup, puis ce n'est pas comptabilisé non plus, tout ce temps de déplacement. » (É-O)

Normes supplémentaires auxquelles les intervenantes doivent se conformer. Les intervenantes soulignent qu'au-delà des standards de pratique, elles doivent se conformer à d'autres statistiques ou normes :

- Le taux de faits fondés est surveillé : « On se fait dire qu'on a trop de faits fondés, qu'on doit les diminuer »;
- Les mesures volontaires et les transferts vers les services de première ligne doivent être favorisés afin de diminuer le taux de judiciarisation;
- Le nombre de rencontres avant la prise de décision doit être réduit le plus possible, notamment dans les régions peu densément peuplées;

- Le taux de compromission après évaluation devrait se situer autour de 30 à 40%, selon ce que rapportent des intervenantes. Lorsqu'elles dépassent cette moyenne, elles peuvent être invitées à réviser les principes de la loi.

« On doit avoir un taux de rétention de compromis de 30-35%, ceux qui sont autour de 50% se font dire qu'ils ne comprennent peut-être pas suffisamment le concept de protection, les principes de la loi. » (É-O)

2.1.2.3. Application des mesures

L'application des mesures est une étape qui est décrite par les intervenantes comme comportant un large éventail de tâches, ce qu'elles résument par « *on gère un peu tout* ». Ces tâches peuvent être régies tout autant par des standards de pratique, des obligations légales, que des normes.

Standards en vigueur :

- Délai moyen entre la fin de l'orientation et le 1er contact à l'application des mesures : 30 jours
- Durée moyenne maximale en mois de l'application des mesures : 24 mois
- Intensité des services : Durée de l'intervention directe avec l'enfant, les parents ou la famille : 60 à 90 minutes aux 2 semaines.

Délai moyen entre la fin de l'orientation et le 1er contact à l'application des mesures.

Lorsque questionnées sur leur perception de la qualité des services qu'elles sont en mesure de dispenser, plusieurs intervenantes énoncent que la continuité des trajectoires s'est grandement détériorée au cours des dernières années. Plus particulièrement dans les régions moyennement et peu densément peuplées, les intervenantes constatent que l'arrimage entre l'orientation et l'application des mesures est ardu. Ainsi, le délai moyen entre la fin de l'orientation et le premier contact à l'application des mesures peut s'étirer bien au-delà de 30 jours.

« Depuis, je dirais, les peut-être les cinq dernières années, ça s'est vraiment détérioré. C'est vraiment au moment de la signature de l'entente d'une mesure volontaire et/ou le tribunal. On va rencontrer les parents et il n'y a pas eu de discussion avant. On reçoit les situations vraiment à la dernière minute. Ça fait qu'il n'y a pas d'échange. Puis, des fois je veux dire, c'est déjà fini d'être évalué. Ils sont passés au tribunal, on reçoit le dossier plusieurs mois plus tard. » (AM)

Les listes d'attente à l'application des mesures sont monnaie courante dans bon nombre de régions, de l'avis de plusieurs intervenantes. Celles-ci dénoncent d'ailleurs l'absence d'investissements financiers à leur étape du processus clinique. Elles estiment que le temps d'attente prolongé risque d'affecter la mobilisation des familles, qui s'étiolent graduellement.

De plus, la première prise de contact avec les familles est souvent hypothéquée du fait de la fréquence plus faible de transferts faits de manière personnalisée.

Rôle de la personne autorisée à l'application des mesures. Une majorité d'intervenantes estiment que les fonctions de la personne autorisée sont désormais axées davantage sur le contrôle et la surveillance; plutôt que sur l'aide, le conseil, l'assistance et la mobilisation. L'essence du travail à la prise en charge, qui devrait être selon les intervenantes l'actualisation du projet de vie des enfants, s'est muée en une intervention caractérisée par l'urgence.

« Pour moi le gros du travail à l'application des mesures reste la clarification du projet de vie de l'enfant. C'est important d'avoir sa trajectoire de sa naissance à aujourd'hui. Et ça, ça se perd de plus en plus. Je trouve qu'on est tellement à intervenir dans l'immédiat qu'on ne prend pas le temps de réfléchir à toute la trajectoire de vie de ces gens-là. » (AM)

Intensité de services. En raison de la lourdeur des charges de cas et des nombreuses tâches connexes à réaliser, les intervenantes de toutes les régions jugent qu'il est impossible de fournir l'intensité de service prescrite par les standards, qui devrait être de 60 à 90 minutes bimensuelles par famille. À ce titre, certaines ont suggéré d'adapter l'intensité de l'intervention directe avec l'enfant et sa famille selon l'état d'actualisation de son projet de vie.

« Par rapport au plan d'intervention, actuellement, exemple, c'est trois mois quand un enfant est en famille d'accueil, mais que le dossier est très, très stable. Et on nous demande de le voir aux six semaines. Ça veut dire que je le vois une fois, puis la fois d'après il faut que je révise mon plan d'intervention. Pour nous, ça, ça ne fait pas de sens. Tandis qu'un enfant qui est dans sa famille, qui n'a pas d'éducateur, on doit le réviser aux six mois. Mais la situation est beaucoup plus fragile. Donc ça, c'est quelque chose qui, pour nous, ne fait pas de sens non plus dans nos standards de pratique. » (AM)

D'autres ont mentionné qu'il pourrait être intéressant d'assouplir les critères relativement aux visites dans le milieu de vie de l'enfant (art. 69 LPJ), afin qu'une visite d'un éducateur puisse compter au même titre que celle d'une personne autorisée.

« Nous, par exemple, la façon d'interpréter l'article 69 c'est au minimum une fois par mois dans le milieu de vie de l'enfant. Et même s'il y a un éducateur d'impliqué, même s'il y a un intervenant ressource qui irait voir la famille d'accueil en présence de l'enfant, ça ne compte pas. Donc je pense que ça, ça serait une belle réflexion à avoir. Sans dire qu'on veut faire faire notre travail par quelqu'un d'autre, je pense que parfois on aurait peut-être la possibilité,

surtout quand on a plusieurs personnes impliquées auprès de l'enfant, à ce que ça compte. » (AM)

Plan d'intervention. Une majorité d'intervenantes perçoivent depuis les dernières années que les plans d'intervention (PI) sont de plus en plus désincarnés, cela peu importe la région où elles se trouvent. Elles déplorent le fait qu'elles ne peuvent s'investir dans cette activité clinique autant qu'elles le souhaiteraient. De l'avis des intervenantes, le PI, principal outil d'intervention auprès des familles, contient alors des objectifs moins en phase avec la réalité de ces dernières, ce qui a un impact sur la réactivité des services.

« Tous les acteurs qui peuvent être impliqués autour d'une même famille, ils ont des agendas déjà très surchargés. Ça fait que ça devient difficile aussi de mettre en place... de s'asseoir autour d'une même table pour vraiment élaborer les objectifs très, très collés à la réalité des familles. » (AM)

Ainsi, la révision des PI, dont les délais exigés sont différents d'une région à l'autre, n'est désormais qu'administrative selon une majorité d'intervenantes. Les PI sont reconduits parce que c'est demandé : *« On marque 'révision administrative' pour dire qu'on l'a fait, puis on oublie ça, puis ça passe en même temps. » (AM)* Certaines suggèrent que les révisions des PI soient adaptées aux caractéristiques du dossier, par exemple le projet de vie de l'enfant.

2.1.2.4. Révision

La révision a pour but de déterminer si la situation de l'enfant justifie ou non la poursuite de l'intervention de la DPJ. Il s'agit de savoir si la sécurité ou le développement de cet enfant est toujours compromis au sens des articles 38 ou 38.1, et le cas échéant, si les mesures de protection doivent être maintenues ou modifiées.

La révision ne fait pas l'objet de standards de pratique ministériels comme les autres étapes du processus clinique. Elle est régie par la LPJ (art. 57 et 57.1) et par le Règlement sur la révision de la situation d'un enfant³³. Il est surtout question des délais à respecter entre les révisions, selon l'âge et la situation de l'enfant (placé ou non) ainsi que du contenu du rapport qui doit être remis au réviseur par l'intervenant responsable de l'application des mesures. Certaines balises concernant le rôle du réviseur et la révision en présence des parties

³³ P-34.1, r.8

concernées (table de révision) sont établies dans le Manuel de référence sur la protection de la jeunesse³⁴.

Règlement sur la révision de la situation d'un enfant :

Révision selon l'article 57

Le directeur doit réviser la situation d'un enfant à l'expiration d'une entente sur mesures volontaires ou d'une ordonnance.

Toutefois, il doit réviser la situation d'un enfant:

1. à tous les 12 mois, si une ordonnance est d'une durée de plus de 12 mois;
2. à tous les 6 mois, si une entente sur mesures volontaires ou une ordonnance est d'une durée de plus de 6 mois et que l'enfant confié à un milieu de vie substitut est âgé de 5 ans ou moins;
3. à tous les 6 mois, au cours des 2 premières années de l'hébergement, si une entente sur mesures volontaires ou une ordonnance est d'une durée de plus de 6 mois et que l'enfant confié à un milieu de vie substitut est âgé de 6 à 12 ans.

De plus, le directeur peut réviser en tout temps la situation d'un enfant si des faits nouveaux le justifient.

Révision selon l'article 57.1

Pour l'application de la présente section, un établissement doit aviser le directeur chaque fois qu'un enfant se retrouve dans la situation visée à l'article 57.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse

Le directeur doit réviser la situation d'un enfant après en avoir été avisé par un établissement et, à tous les 12 mois, durant les 2 années subséquentes.

Par la suite, le directeur réviser la situation de l'enfant à la date qu'il aura déterminée lors de la dernière révision.

Toutefois, le directeur peut réviser en tout temps la situation d'un enfant si des faits nouveaux le justifient.

Les obligations légales telles que définies dans la LPJ ainsi que le règlement sur la révision sont considérés par les réviseuses rencontrées, dans l'ensemble, comme étant adéquates et conformes aux besoins de la clientèle. Cependant, elles affirment que l'atteinte de ces standards est tributaire de la qualité des services offerts aux étapes précédentes.

« Mais le fait d'avoir de nombreux changements d'intervenants, [...] de devoir lire des chronologies, puis finalement de se retrouver en révision en position

³⁴ Manuel de Référence sur la protection de la jeunesse, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2010.

d'évaluer quel est le portrait aujourd'hui [est difficile]. Parce qu'il y a tellement de changements d'intervenants qu'on a de la misère à voir le portrait. Donc, on va aller investiguer. [...] Ça c'est lourd parce qu'après ça, la décision qu'on prend, ben on est inquiet de la décision qu'on prend. Puis, sur quoi est-ce qu'on s'est basés pour la prendre cette décision-là. Ça fait que pour moi ça s'est alourdi en bout de ligne. » (Révision)

Délai de révision. Selon les réviseuses rencontrées, les délais de révision prévus au règlement sont conformes aux besoins de la clientèle et de l'intervention. La révision régulière des situations prises en charge par la DPJ permet de garder une ligne directrice et d'assurer la sécurité des enfants, la stabilité des liens et la continuité des soins.

Cependant, dans le contexte d'un projet de vie actualisé et stable, la révision tel que prévu serait trop fréquente. Pour les cas d'enfants placés de moins de six ans et pour qui le projet de vie est actualisé et stable, le règlement mentionne que la situation doit être révisée tous les six mois. Plusieurs réviseuses croient qu'une révision annuelle serait plus conforme aux besoins de ces enfants. Cela, considérant qu'il est toujours possible de faire une révision anticipée dans le cas de faits nouveaux ou de changements dans la situation des enfants et des familles.

« Par rapport aux délais de révision, dans l'ensemble ça nous semblait assez répondre aux besoins, autant de la clientèle que de nous dans notre pratique. Peut-être avec un petit bémol au niveau des projets de vie qui étaient déjà clarifiés, des ordonnances à majorité, pour des enfants peut-être jusqu'à six ans. Parfois ça nous semblait redondant de réviser aux six mois quand le projet de vie était stable depuis quelques années déjà. » (Révision)

Révision en présence des parties concernées (Table de révision). La présence des enfants et des parents est préconisée dans la grande majorité des cas. Cela permet aux familles d'exercer une influence sur la prise de décision et aux réviseuses de respecter leurs droits ainsi que les principes de la loi, notamment la participation active des familles. Les réviseuses considèrent que cette pratique prend tout son sens dans le contexte actuel d'un roulement de personnel sans précédent.

Toutefois, pour les enfants en situation de placement à majorité, plusieurs sont d'avis qu'une révision annuelle en présence n'est pas nécessaire. Certaines équipes se sont dotées de règles internes qui suggèrent de procéder à une révision en présence aux deux ans.

« C'est vraiment un moment d'échange qu'on privilégie dans notre pratique. Pour nous c'est vraiment l'occasion d'avoir le pouls de tout le monde. D'avoir aussi 'c'est quoi' leurs pistes de solutions, parce que c'est une chose ce que l'intervenant nous rapporte, mais eux qu'est-ce qu'ils ont à nous proposer

comme solutions? On se voit un peu comme un rôle de facilitateur, médiateur, par moments dans ces rencontres-là, [on veut] s'assurer que le climat soit propice aux échanges entre toutes les parties. » (Révision)

La proportion de révision en présence des parties concernées varie de 100% à 30% selon les régions. Puisque le temps manque pour accomplir tout ce qui est attendu, on privilégie, selon les circonstances, les enfants en situation de placement et les dossiers judiciairisés qui sont en fin de mesures. Selon ce que rapportent les intervenantes, plus on s'éloigne des centres urbains, plus la proportion de révision en présence des parties concernées diminue, cela étant principalement dû à l'ampleur des territoires à couvrir.

Également, il n'est pas rare que la table de révision doive se faire en plusieurs rencontres lorsque la présence simultanée des enfants et des parents, ou celle des deux parents, est non recommandée (conflit sévère de séparation, interdits de contact, etc.). De plus, en raison des délais occasionnés par les fréquentes remises judiciaires, des consensus obtenus lors de ces rencontres peuvent devenir caducs. Tout est alors à recommencer.

Révision spéciale. Les réviseurs doivent également réviser les situations des enfants placés en vertu de la LSSSS. Il est de la responsabilité des établissements qui hébergent l'enfant d'aviser la DPJ chaque fois qu'un enfant se retrouve dans la situation visée à l'article 57.1 de la LPJ³⁵.

Ce type de révision ne constitue qu'une infime partie des tâches des réviseuses et elle a été très peu évoquée par ces dernières. Dans certaines régions, tout se déroule de manière conforme. Parfois, une réviseuse est attirée à ce type de révision. Dans d'autres régions, on soulève que certains intervenants des établissements partenaires concernés ne sont pas toujours au fait des processus et du rôle de la DPJ et confondent alors besoin de service et besoin de protection.

« En huit ans, j'en ai fait zéro et pour moi c'est impossible qu'il y ait zéro révision LAS. Alors, ça me fait dire qu'il y a vraiment une mauvaise compréhension au niveau de la LAS elle-même, de ce qu'ils doivent nous demander comme révision. » (Révision)

³⁵ Le directeur doit réviser la situation de tout enfant placé en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) dont il n'a pas pris la situation en charge et qui, depuis un an, est confié à une famille d'accueil ou à un établissement qui exploite un centre de réadaptation sans avoir fait l'objet d'une décision quant à un retour possible chez ses parents.

Rôle du réviseur dans le processus de projet de vie. Selon les réviseuses rencontrées, il est nécessaire de mieux définir les rôles et responsabilités de chacun autour de l'élaboration, de la clarification et de l'actualisation du projet de vie. Il faut également préciser la concertation attendue entre les différents professionnels concernés, ainsi que les modalités d'application.

Actuellement, certains malaises existent entre les services É-O et la révision quant à l'identification des projets de vie privilégié et alternatif. Le recours aux personnes significatives en situation de retrait du milieu de l'enfant est un des éléments soulevés à cet égard. Les réviseuses expliquent se retrouver souvent dans une position délicate avec la décision prise en début de processus (et souvent en situation de crise) de confier l'enfant à telle ou telle personne.

Il est difficile de revenir en arrière lorsqu'on constate que cette personne n'a pas les qualités requises pour assumer cette responsabilité. L'enjeu de l'évaluation des postulants comme famille d'accueil de proximité (PFAP) est soulevé ici. Il n'y aurait pas d'évaluation systématique des liens affectifs significatifs, ni de la capacité d'offrir à l'enfant le soutien à long terme. Les délais d'évaluation étant par ailleurs supérieurs aux délais d'orientation, il arrive que les recommandations quant à la PFAP soient disponibles seulement une fois l'enfant déjà confié au milieu substitut et ce, parfois, depuis plusieurs mois.

La participation des réviseuses est inégale selon les régions, mais elles sont toujours impliquées à un moment ou à un autre dans le processus. Dans l'ensemble, les réviseuses croient qu'il serait souhaitable qu'elles soient partie prenante plus tôt dans le processus relatif au projet de vie (dès l'élaboration). Cependant, la majorité d'entre elles ne souhaite pas être porteuse du dossier à cette étape, ni piloter le comité responsable du projet de vie ou rédiger des rapports à cet effet. Plusieurs le font actuellement et cela est considéré comme une surcharge de travail pour certaines.

« C'est sûr qu'on aborde le projet de vie privilégié dans le règlement, mais on n'aborde pas les rôles et responsabilités de tous. [...] Ça, je crois que c'est quelque chose qui devrait être uniformisé également, pour plusieurs raisons, et [être] précisé au niveau du règlement ou de la loi également. » (Révision)

Nécessité de mieux définir les pratiques relatives à la Révision. Les réviseuses souhaitent que l'ensemble de leurs rôles et responsabilités soient davantage définis et balisés dans le règlement sur la révision. Ce qui est attendu d'elles par la direction irait bien au-delà de la nécessité de faire état de la situation à un moment ponctuel du processus clinique en ce qui a trait aux motifs de compromission et aux mesures, mais ne serait explicité nulle part et serait variable d'une région à l'autre.

Elles soulèvent qu'il n'existe d'ailleurs aucune norme concernant la charge de cas optimale que devrait avoir un réviseur. Actuellement, selon ce que rapportent les réviseuses, cela varie

entre 250 et 500 enfants par année par réviseur, avec une moyenne dépassant les 300 enfants.

Les réviseuses rencontrées sont toutefois satisfaites de la latitude et de la flexibilité que leur confère leur rôle, où le jugement clinique est à l'honneur. On ne souhaite pas un outil inflexible qui créerait un carcan contraignant, mais plutôt des balises provinciales qui serviraient de guide.

Elles souhaitent unanimement la création d'un espace formel de concertation provincial dédié aux réviseurs qui permettrait entre autres de partager de bonnes pratiques, d'harmoniser certaines normes qui sont absentes du règlement et de contrer l'isolement et le manque de soutien vécus par plusieurs, particulièrement celles œuvrant dans les régions peu densément peuplées.

« Sortir du 'chacun pour soi développe son affaire', puis de se dire 'on peut-tu mettre un effort conjoint pour développer la meilleure affaire possible'? [...] Puis là, ben chacun pourrait profiter de ce travail-là plutôt que d'essayer de le développer dans le brouhaha à gauche, à droite, puis, des fois, avec l'inégalité de moyens aussi d'un établissement à l'autre. » (Révision)

2.2. Les nouvelles réalités sociales

Les intervenantes ont évoqué plusieurs nouvelles réalités sociales, qu'elles ne perçoivent pas comme des obstacles insurmontables à leur pratique, mais plutôt comme des indicateurs montrant qu'il faut les doter de moyens pour intervenir adéquatement auprès de ces clientèles particulières. Elles croient que le milieu judiciaire doit également s'adapter à ces nouvelles réalités.

2.2.1. Conflits sévères de séparation

Le conflit sévère de séparation constitue une nouvelle réalité relevée par les intervenantes des quatre étapes du processus clinique. Il est constaté que depuis la refonte de l'article 38 de la LPJ de 2007, cette problématique fait l'objet d'une « explosion » de signalements (et de re-signalements). Pour certaines, cela s'expliquerait en partie par le fait que des parents en processus de séparation se tournent vers les services de la DPJ pour obtenir gain de cause dans le conflit qui les oppose à l'autre parent; le signalement pouvant dans ce cas devenir une arme redoutable.

« Il y a une explosion phénoménale des conflits de garde, des signalements en situation de conflits de garde, de conflits de séparation. Puis, de dossiers qu'on voit revenir et revenir et revenir et revenir de façon périodique, et qui nous demandent beaucoup de temps. Et on le sait que c'est un conflit de garde, que ce n'est pas à nous autres d'intervenir. » (RTS)

Ces dossiers apparaissent particulièrement complexes. Ils nécessitent temps, doigté et expertise, car il est difficile d'y faire la preuve de la compromission de la sécurité et du développement des enfants. Les vérifications complémentaires en lien avec cette problématique exigent également beaucoup de temps aux intervenantes. La complexité de ces dossiers résulte enfin du fait que la loi limite les intervenantes quant aux recommandations qu'elles peuvent faire et mesures qu'elles pourraient exiger des conjoints dans le cadre de leur mandat.

« On va accorder plus de temps par exemple à un conflit de séparation qu'à une négligence au plan physique où le constat est plus facile et plus rapide. » (É-O)

« Je pense au conflit de séparation, je ne sais pas, ailleurs, si c'est [la même chose] pour vous, mais des fois on peut avoir une moitié de « caseload » en conflit de séparation et ça, croyez-moi, ça brûle quelqu'un. Et on se donne des moyens, mais encore là, c'est des clientèles qui sont difficiles. » (AM)

Le programme d'intervention socio-judiciaire en cas de conflits sévères de séparation est cité par les représentantes de quelques régions comme une pratique pertinente dans le traitement de ce type de dossier.

« Quand on statue 'conflit'... 'compromis en conflit de séparation', en fait, il y a une intervenante en coparentalité [qui entre en action] si les parents acceptent [...]. Ils la rencontrent à chaque semaine sur une période de six mois et ça permet vraiment de mettre fin à la situation. » (É-O)

2.2.3. Santé mentale et problèmes concomitants

Les intervenantes des quatre étapes font le constat que les problèmes de santé mentale sont de plus en plus présents chez les enfants. Sont notamment évoqués l'anxiété, la dépression, le risque suicidaire et l'automutilation, et ceci chez des enfants de plus en plus jeunes. À ces problèmes de santé mentale chez les enfants s'ajoutent des problèmes concomitants au sein de la sphère familiale tels que la toxicomanie, la violence conjugale, les abus sexuels, la pauvreté, de même que les problèmes de santé mentale des parents eux-mêmes.

Non seulement les intervenantes jugent qu'elles n'ont pas accès à la formation ou aux services spécialisés qui leur permettraient d'intervenir adéquatement face à cette complexité grandissante, mais elles voient aussi leur sécurité compromise par la violence susceptible d'émerger dans ces situations.

« Des problèmes de santé mentale... Moi je trouve que la clientèle, il y a plus de [problèmes de] santé mentale, ça fait que nous on vit des situations de violence. Je n'ai jamais vécu ça au début de ma carrière, des menaces de me faire tuer à deux pouces de la face. » (AM)

2.2.3. Utilisation des réseaux sociaux

La réalité des réseaux sociaux et la nécessité d'éduquer les enfants à ce sujet ont été mentionnées par les intervenantes impliquées dans les quatre étapes du processus clinique.

L'utilisation de ces réseaux soulève des enjeux lorsque les jeunes s'adonnent à la publication d'informations confidentielles ou de photos intimes. Les intervenantes se questionnent sur leur rôle et leur mandat dans ces situations puisque l'article 38 d) de la Loi sur la protection de la jeunesse ne pose pas de balises claires lorsque les abus sexuels et l'exploitation sexuelle, tels que définis par la loi, impliquent l'utilisation des réseaux sociaux.

« Les réseaux sociaux, la place de plus en plus grande des réseaux sociaux, qu'on redoute notamment dans les cas d'abus sexuel, partage de photos, et cetera. » (RTS)

« Dans le fond, aussi, les échanges de photos intimes, on en a, on en a, puis on se questionne. C'est quoi notre rôle à jouer nous là-dedans? C'est quoi? Dans le fond, est-ce qu'on les considère toujours comme un abus sexuel? Jusqu'à maintenant c'est de cette façon-là qu'on les traite, mais là ça devient envahissant. » (RTS)

Une autre dimension des réseaux sociaux a été relevée par les intervenantes, cette fois en tant qu'outil de communication ou de vérification. En effet, à l'heure actuelle, les réseaux sociaux constituent parfois le seul moyen pour les intervenantes d'établir un contact avec les parents. En outre, ils semblent constituer une précieuse mine d'informations qui pourrait faciliter le travail des intervenantes s'il était possible d'y avoir accès et de l'intégrer dans la pratique. Or, les intervenantes de la DPJ n'ont pas accès à ces réseaux.

« Les réseaux sociaux, la technologie, nous on n'y est pas. On n'a pas de Facebook professionnel pour entrer en contact avec les parents, qui finalement sont juste rejoignables par Internet, mais que nous on ne peut pas. » (É-O)

« Puis souvent, mettons deux personnes n'ont pas le droit de se parler, quand tu vas sur le mur, tu vois qu'elles se parlent, qu'elles se sont vues hier. On a vraiment une mine d'or aussi de preuves, en fait, qu'on peut aller chercher [...]. On ne l'utilise pas de façon optimale. On pourrait aller chercher plein d'informations chez nos clients. Ils mettent des photos, écoute, [où ils sont] en train de consommer. Les lieux physiques, on les voit sur les photos. » (É-O)

2.2.4. Communautés ethnoculturelles et réfugiés

Les familles issues de communautés ethnoculturelles ainsi que les réfugiés font de plus en plus partie de la réalité de la pratique en PJ, surtout dans les régions densément ou moyennement peuplées. L'intervention auprès de ces familles confronte les intervenantes à plusieurs défis.

D'abord, certaines régions ne comptent que peu d'intervenants parlant l'anglais. De plus, lorsque les familles sont allophones, des démarches doivent être entreprises pour trouver des interprètes. Or, ces démarches se révèlent la plupart du temps très complexes, exigeantes et risquent d'ajouter des délais à l'intervention.

« Au niveau des interprètes, c'est sûr que là c'est la nouvelle réalité. On a de plus en plus de communautés ethniques venant de partout dans le monde. Donc, de trouver un interprète rapidement dans des langues spécifiques, même dans les demandes d'interprète en urgence 24 heures et moins, il faut envoyer un courriel, faire un tableau, rentrer une multitude d'informations. Quand on est dans une urgence, un code 1, le courriel est vraiment de trop » (É-O)

« Ça prend des interprètes. Mais là, en situation quand même assez urgente, l'interprète, ça prend trois jours avant d'avoir une réponse s'il va y en avoir un. » (AM)

Les interventions auprès de ces familles doivent être adaptées puisqu'elles confrontent les intervenantes à des valeurs culturelles différentes, des histoires traumatiques ou de nouvelles formes de violence (ex. : les violences basées sur l'honneur ou les mutilations génitales).

« Souvent, des gens qui arrivent polytraumatisés, quand ils débarquent ici, c'est tout avec leur histoire, puis tout avec leur bagage compliqué. Donc, ça aussi, ça a toutes sortes de conséquences. » (RTS)

Le signalement pour abus physique, en particulier, soulève des questionnements. Les intervenantes disent manquer de balises par rapport à cette problématique. Elles constatent malgré elles que, dans ce contexte, les pratiques ne sont pas uniformes puisque certains peuvent avoir tendance à tolérer davantage de violences dites « éducatives » chez ces familles.

« Au niveau des divulgations aussi en abus physique, quand est-ce qu'on va divulguer aux policiers? On a énormément de méthodes éducatives liées aux différences culturelles. Quand est-ce qu'on divulgue ça? Qu'on ne divulgue pas? Ça non plus ce n'est pas uniforme. » (É-O)

L'ensemble des intervenantes se sentent peu outillées et souhaiteraient avoir accès à de la formation afin d'être en mesure de mieux accueillir ces familles, intervenir auprès d'elles et composer avec les différences culturelles. Une formation à l'intervention interculturelle est particulièrement évoquée.

« C'est sûr qu'au niveau culturel, il y a un manque au niveau de la formation [visant] à mieux connaître et comprendre la réalité des autres cultures. [...] On a aussi [...] une très, très grande augmentation de la clientèle immigrante et on ne connaît pas. C'est beau de leur dire 'au Québec on ne fait pas ça. C'est la loi, c'est comme ça que ça marche'. Mais il faut aussi avoir une intervention qui va comprendre leur réalité, voir d'où ils partent, pour pouvoir les amener à comprendre comment ça fonctionne ici. Et ça, c'est un manque complet. On n'est pas formés... » (RTS)

« On voit cette réalité-là aussi, du clash au niveau de l'identité, des valeurs. Oui ça c'est clair qu'on a des valeurs qui sont complètement aux antipodes des fois du milieu d'origine. » (RTS)

Enfin, les intervenantes des régions moyennement peuplées notent qu'il n'existe que très peu d'organismes vers lesquels ces familles pourraient être référées.

« Nous on a beaucoup d'immigration, puis c'est quelque chose qu'on est moins outillés au niveau culturel. Comment intervenir avec ces gens-là? On n'a pas beaucoup d'organismes, de services, non plus à leur offrir. » (RTS)

2.2.5. Exploitation sexuelle

Une hausse des cas d'exploitation sexuelle est constatée par des intervenantes des groupes RTS, É-O et Révision.

« Tout ce qui se passe aussi en termes d'exploitation sexuelle. On a beaucoup, beaucoup de gangs de rue, de dossiers un petit peu 'à la Fugueuse'³⁶, on en a beaucoup plus dans les dernières années qu'on en a eu avant. » (RTS)

³⁶ NB : télésérie populaire en 2019.

Cette problématique suscite des questionnements chez les intervenantes, notamment en raison d'un ajout à la loi, sous l'alinéa 38 d), qui ne leur paraît pas suffisamment clair et qui ne semble pas avoir fait l'objet d'une clarification au sein des équipes.

« On a aussi des questionnements par rapport aux orientations de la loi, [le fait] qu'ils ont ajouté l'exploitation sexuelle sous l'alinéa 38 d). On se questionne sur nos attentes à ce niveau-là. Ça a été fait, mais on dirait que ça n'a pas été, en tout cas pour notre part, balisé, clarifié, puis on ne l'a pas travaillé non plus en équipe. Ça fait qu'on ne sait comme pas trop de quelle façon traiter cet alinéa-là, d'exploitation sexuelle. » (RTS)

2.2.6. Autres réalités sociales

Plusieurs autres réalités sociales ont été mentionnées lors des entretiens de groupe. Par manque de temps, les intervenantes n'auront pas eu l'opportunité de les décrire et de s'étendre sur les impacts de ces réalités sur les pratiques à l'étape où elles interviennent. Parmi ces réalités, il y a : les gangs de rue, la diversité sexuelle et de genre, la cybercriminalité, la cyberdépendance, la légalisation du cannabis et la méconnaissance des réalités autochtones et des modifications législatives les concernant.

2.3. Les réalités organisationnelles

Le principal changement organisationnel survenu au cours des dernières années est bien évidemment la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* de 2015³⁷ (Loi 10). La création des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) a occasionné, de l'avis d'une grande majorité des intervenantes rencontrées, une dilution importante de la spécificité de la PJ dans un univers essentiellement médical, des mouvements de personnel importants, une perte d'expertise tout aussi importante, une détérioration des conditions de travail et de conditions de pratique ainsi qu'un affaiblissement des collaborations, tant à l'intérieur des CISSS et CIUSSS, qu'entre les Centres intégrés.

2.3.1. Les enjeux liés à la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée

Les intervenantes rencontrées considèrent que la réorganisation des services promulguée par l'entrée en vigueur de la loi 10 a entraîné des conséquences majeures sur les conditions de travail déjà difficiles des intervenants œuvrant en PJ et, par conséquent, sur les enfants desservis et leur famille. La difficulté de rétention d'employés qualifiés, couplée à une

³⁷ RLRQ, c. 0-7.2.

difficulté tout aussi importante de recrutement, entraînerait une perte d'expertise difficilement surmontable. Cela compromet non seulement la qualité des services offerts, mais également leur accessibilité et leur continuité.

2.3.1.1. Les difficultés de rétention du personnel

La fusion des syndicats et des listes d'ancienneté inhérente à la création des Centres intégrés a donné la possibilité aux intervenants de la DPJ d'accéder à des postes dans les différentes directions de leur CISSS ou CIUSSS. Les employés peuvent désormais poser leur candidature pour divers emplois, peu importe que ce soit dans le domaine de la PJ ou dans les services de proximité. Ainsi, en raison de conditions de pratique de plus en plus difficiles, des intervenants d'expérience se sont tournés vers d'autres secteurs du domaine social offrant des conditions moins exigeantes pour un salaire équivalent.

« Moi, j'ai huit ans d'expérience, huit ans d'ancienneté à l'application des mesures, et je suis la plus ancienne dans mon équipe. On a un exode des intervenants expérimentés qui quittent pour [des motifs d'] épuisement, qui quittent justement depuis la fusion des syndicats, qui vont aller travailler au CLSC parce que la lourdeur n'est pas la même. » (AM)

Les intervenantes constatent que la création de ces mégastructures, et la fusion des syndicats qui en a découlé, a entraîné des mouvements de personnel entre les différentes missions de l'établissement, sans considération pour la qualification spécifique qui est nécessaire au travail en PJ. Plusieurs personnes en provenance d'autres secteurs 'essaient' un poste au niveau de la PJ, mais n'y restent pas. En plus de leur inexpérience en PJ, les conditions de travail et de pratique sont telles qu'elles quittent dès que possible. Le secteur de la PJ, puisqu'en pénurie de personnel, serait une porte d'entrée pour accéder à d'autres types d'emploi disponibles dans les CISSS et CIUSSS, et non pas un premier choix pour plusieurs.

« Là, ce qu'on voit avec la fusion qui s'est passée, on voit un roulement incroyable de personnel qui est plus 'en attendant de se trouver un autre poste ailleurs'. Ça fait en sorte qu'il y a tout le temps un roulement de nouveaux. » (É-O)

Le roulement de personnel est qualifié « d'impressionnant » et de « sans précédent » par les intervenantes rencontrées. Les équipes sont généralement incomplètes, des postes sont vacants. Cela augmente la charge de travail, le stress et la pression sur celles et ceux qui restent. Les conditions de pratique en sont davantage détériorées et accentuent, à leur tour, les mouvements de personnel et l'épuisement professionnel. La stabilité des équipes et la pénurie de personnel représentent l'enjeu principal auquel il faut s'attaquer, et sans attendre, selon les intervenantes.

« Ben au niveau de la pénurie de personnel [...] pour moi peu importe les solutions, peu importe les problématiques, c'est la principale [priorité]. Puis, je le sais que c'est généralisé. » (AM)

Le roulement de personnel et les délais d'assignation (et de réassignation) créent une discontinuité importante. Il n'y a pas toujours une personne expérimentée qui porte le dossier et qui a une compréhension d'ensemble de la trajectoire de la famille dans les services de protection, voire au-delà. Dans ce contexte, peu d'interventions seraient réellement faites. À chaque étape, à chaque changement, une évaluation doit être refaite pour tenter de comprendre une situation qui évolue rapidement. Mais en contexte de pénurie de personnel, les intervenantes rapportent ne pas avoir « *le temps de prendre le temps de réfléchir* », étant constamment dans l'urgence. Le risque d'erreur augmente alors d'autant dans les cas complexes. Les intervenantes n'étant pas en mesure de tout faire, elles restent imputables et il en résulte plus de possibilités de lésions de droits.

« Mais des fois, malheureusement, on nuit à la sécurité affective de ces enfants-là de par notre organisation du travail. » (AM)

« Prendre la bonne mesure au bon moment, on n'est plus là ça fait plusieurs années. » (Révision)

2.3.1.2. La perte du sentiment d'appartenance

Certaines personnes rencontrées affirment que le départ d'intervenants vers des secteurs où la pression sur les employés est moindre résulterait aussi, du moins en partie, d'un moindre sentiment d'appartenance envers l'organisation. La création des CISSS et CIUSSS aurait contribué à une dilution de la spécificité jeunesse et aurait eu un impact sur le sentiment d'appartenance à l'institution qu'était le Centre jeunesse.

« Mais effectivement on a parlé du CIUSSS, puis moi je pense que c'est quelque chose qui est venu beaucoup endommager les centres jeunesse. C'est trop gros. Beaucoup [de gens] ont perdu leur sentiment d'appartenance. Puis, ça ne répond pas aux besoins de notre clientèle, qui est très spécifique. Puis, ce n'est pas pour rien que c'est le centre jeunesse [qui fonctionne] avec une loi qui est différente. » (AM)

« Il y avait une fierté à travailler pour un Centre jeunesse, un sentiment d'appartenance, mais depuis la fusion, plus rien du tout. » (RTS)

Les intervenantes à l'application des mesures seraient d'autant plus concernées. Étant désormais sous la direction du Programme jeunesse, elles se sentent plus éloignées de la PJ.

2.3.1.3. La perte d'expertise

Le départ massif d'intervenants d'expérience a eu pour conséquence inéluctable une importante perte d'expertise. Certaines parlent du « *Grand balayage de 2015* ». Depuis la création des CISSS et CIUSSS et la fusion des syndicats associée à un exode des intervenants, les équipes doivent composer avec une grande instabilité et l'arrivée de nouveaux intervenants, relativement jeunes.

« Dans les problématiques ou dans les réalités, on va parler de la perte d'intervenants d'expérience qui quittent. Nous, c'est en train de devenir ça. On le dit à notre CIUSSS depuis deux ans, avec la fusion des centres jeunesse, avec la liste d'ancienneté [jumelée aux] CLSC, les gens vont quitter. Et là nos gens d'expérience, [par exemple] on a un réviseur, on a des conseillers en activité clinique, on a des gens de 15-20 ans d'expérience, ils partent. [...] Je ne sais pas comment ils vont s'en sortir. » (AM)

Les jeunes intervenants ne sont souvent ni formés, ni même sensibilisés au travail en PJ. Ils méconnaissent la loi en vertu de laquelle ils doivent intervenir et prendre des décisions qui ont un impact majeur sur les familles vulnérables. Ces jeunes intervenants ont difficilement accès au mentorat nécessaire, considérant le départ des intervenants d'expérience qui auraient pu assumer ce rôle. Il n'y aurait donc plus de développement de l'expertise, les quelques seniors qui restent devant sans cesse apporter un soutien clinique à des nouveaux, en surcroît à leur charge de travail.

« Parfois, il est difficile d'être convaincu que les intervenants ont l'expertise afin d'intervenir [...] De jeunes intervenants sont responsables de situations lourdes sans avoir toute l'expertise nécessaire. » (Révision)

Les départs et la perte d'expertise s'observent également au niveau des postes de gestion. Certains gestionnaires arriveraient dans les services de PJ sans avoir de connaissances préalables sur la LPJ, ce qui compliquerait les échanges avec les intervenants et ne permettrait pas de leur offrir la supervision nécessaire.

« On doit prendre beaucoup plus de temps pour justifier nos dépenses, nos déplacements, nos interventions, quand moi je considère que je n'ai pas à justifier ça à quelqu'un qui ne connaît pas la protection de la jeunesse. Ça ne fait pas de sens, parce qu'il faut non seulement justifier, mais aussi expliquer ce qu'on fait. » (AM)

Donc, non seulement une majorité d'intervenants est jeune et inexpérimentée, mais certains des nouveaux gestionnaires sont tout aussi inexpérimentés. Les intervenantes constatent alors que des orientations allant à l'encontre du mandat de protection peuvent être prises.

« C'est que ces parents-là, [...] ils n'ont pas eu de services. Ben, des fois, leurs enfants sont placés, [mais] on est loin de leur donner ce qu'il faut pour qu'ils soient capables de se reprendre en main. [...] Moi je me sens, au niveau de mon éthique professionnelle, très heurtée. » (Révision)

« Quand il faut fermer, des fois, il faut s'excuser au nom de l'organisation auprès des parents, pour des choses pour lesquelles on est passé à côté; des choses qu'on se rend compte [après coup] que ça n'a pas de bon sens. » (Révision)

2.3.1.4. Les difficultés de recrutement de personnel qualifié

Non seulement les enjeux de rétention de personnel sont majeurs, mais il est également difficile de recruter de nouveaux intervenants qualifiés, ou à tout le moins qualifiables.

Les intervenantes rencontrées sont d'avis qu'actuellement, les CISSS et CIUSSS ne prennent pas suffisamment de mesures ciblées visant l'attraction d'intervenants en PJ. Elles croient que le travail en PJ devrait être valorisé davantage et que des campagnes de promotion devraient être organisées en ce sens pour attirer les candidats, notamment dans les universités.

« J'ai l'impression que notre CISSS ne fait rien pour attirer les gens en protection de la jeunesse. Ce sont les RH qui vont représenter l'employeur, mais elles n'ont aucune idée de ce qu'est ma job ». (É-O)

Dans certaines régions peu densément peuplées où la particularité des communautés autochtones engendre des enjeux supplémentaires (ex. : vastes territoires, éloignements, enjeux linguistiques et culturels, familles plus difficilement mobilisables), des conditions particulières d'attraction ont été mises en place. Elles consistent en un horaire composé de deux mois de travail et d'un mois de congé en alternance. Toutefois, selon les intervenantes rencontrées et confrontées à cet horaire, cela ne donnerait pas les résultats escomptés, mais au contraire compromettrait la continuité des services. En outre, la rétention du personnel n'en serait pas améliorée, les gens quittant quand même leur emploi.

En contexte de pénurie de personnel, on note aussi une difficulté grandissante au niveau du recrutement de personnes « qualifiables ». Il n'y aurait pas suffisamment de candidats membres d'un Ordre professionnel ni de diplômés dans une discipline du domaine social et ce, particulièrement dans les régions où peu de programmes universitaires sont offerts localement.

« Puis en même temps, on peut avoir bien des postes, si on n'a personne pour les prendre ces postes-là... » (Révision)

Les intervenantes rencontrées sont également sceptiques quant aux modalités d'embauche des nouveaux intervenants. Le processus ne tiendrait pas compte de la spécificité du travail en PJ et de l'expertise qu'il requiert.

D'une part, les employés procédant aux embauches n'auraient pas les connaissances suffisantes pour faire un choix éclairé en ce qui concerne la PJ et se fieraient essentiellement à des grilles et des canevas de réponses. Les considérations cliniques ne seraient pas abordées, les entrevues de sélection étant basées essentiellement sur de la théorie plutôt que sur la pratique, le savoir-faire et le savoir-être.

« Ça prend des qualités particulières, on voit un roulement très important de nouveaux intervenants depuis la fusion. [On voit] de nouveaux employés qui viennent en É-O de façon temporaire, qui ne veulent pas vraiment être là. » (É-O)

D'autre part, à la suite de la fusion des listes d'ancienneté et des syndicats, il n'est plus possible de privilégier les candidats les mieux outillés. À compétences minimales égales, l'ancienneté au sein du CISSS ou du CIUSSS est devenue le principal critère pour l'obtention d'un poste en PJ. Les intervenantes suggèrent que cette compétence minimale soit rehaussée en y intégrant les spécificités de la PJ et les considérations cliniques qui en découlent.

2.3.2. Les conditions de travail

Les conditions de travail difficiles des intervenants en PJ seraient, selon les intervenantes rencontrées, en lien direct avec les nombreux départs constatés. À l'unanimité, les intervenantes rencontrées considèrent qu'il faut impérativement mettre en place des conditions de travail qui devraient non seulement permettre de freiner la désertion massive des intervenants d'expérience, mais également favoriser l'attraction de nouveaux candidats.

« Il va falloir un avantage pour travailler et rester en protection de la jeunesse. » (É-O)

2.3.2.1. La nécessité de reconnaître la spécificité du travail en protection de la jeunesse

Les intervenantes rencontrées déplorent que leur travail ne soit pas reconnu à sa juste valeur. Il y a nécessité de reconnaître les particularités du travail en PJ qui, selon elles, ne se compare en rien à celui d'un travailleur social œuvrant dans un autre secteur du réseau de la santé et des services sociaux. Il est souligné qu'à l'heure actuelle, les travailleurs sociaux des CLSC sont rémunérés à partir de la même échelle salariale que ceux de la DPJ, bien qu'ils ne vivent pas le même stress et qu'ils n'aient le même niveau de responsabilités légales dans le cadre de leur fonction. En effet, le travail en PJ requiert une expertise particulière et impose la gestion d'un niveau de risque élevé. Enfin, la pression du tribunal est importante et les

intervenants sont imputables de leurs décisions qui ont des répercussions majeures sur les familles.

Les considérations financières. La reconnaissance des particularités soulignées ci-haut devrait se répercuter au niveau des conditions de travail, notamment sur le plan du traitement salarial et des avantages sociaux (congés et vacances augmentés, paiement des frais d'adhésion aux ordres professionnels, prime pour bilinguisme). Les intervenantes croient que des incitatifs financiers pourraient favoriser la rétention des intervenants et l'attractivité du domaine.

« En fait, on a des intervenants qui sont exposés à des traumatismes et qui ont [pourtant] les mêmes conditions qu'ailleurs. Et je pense que c'est un peu le problème, dans le sens où la pénurie va se vivre partout, mais je pense qu'à partir du moment où on est en centre jeunesse on devrait nécessairement avoir des conditions de travail qui sont différentes de nos partenaires. Parce que sinon les gens je ne vois pas pourquoi qu'ils viendraient. Et ça, moi, je l'ai vraiment senti dans les deux dernières années ». (AM)

Le temps supplémentaire. Les intervenantes rencontrées soulèvent l'enjeu du temps supplémentaire qui constituerait actuellement la norme plutôt que l'exception. Selon elles, le temps supplémentaire devrait être exceptionnel, car le personnel est souvent épuisé. Lorsqu'il est nécessaire, il devrait être rémunéré puisqu'il est généralement impossible de le reprendre en raison de la trop grande charge de travail. De plus, les intervenantes craignent que leur absence n'engendre une détérioration de la situation des familles qu'elles suivent.

« On n'a pas le temps de faire de la reprise de temps accumulé, ce n'est pas facile ou aidant de faire de la reprise de temps. » (É-O)

Les mesures de conciliation travail-famille. Les intervenantes ont également mentionné l'importance de favoriser les mesures de conciliation travail-famille et les aménagements d'horaire, notamment la possibilité de faire du télétravail qui permet de gagner beaucoup de temps.

Actuellement, ces possibilités d'aménagements sont variables d'une région à l'autre, mais décrites comme rarement optimales.

« Ben ce qu'on voit aussi de plus en plus arriver c'est les conciliations travail/famille. Donc ça c'est bien, mais c'est encore à développer beaucoup pour permettre de garder notre monde puis d'avoir une santé mentale équilibrée. [...] Donc améliorer puis développer tous les programmes de conciliation travail/famille, mais de vrais programmes. Pas 'on garde le même « caseload », mais on fait 32 heures! » (AM)

La réactivité de l'employeur. En contexte de pénurie de main-d'œuvre et de changements démographiques (vague de départs à la retraite), les jeunes diplômés ont un vaste choix d'emplois et d'employeurs. Les intervenantes considèrent que la DPJ doit s'adapter à cette nouvelle réalité sociale et doit être plus attractive pour les jeunes, notamment en offrant des conditions salariales concurrentielles, des avantages sociaux avantageux et des mesures concrètes de conciliation travail-famille.

À l'heure actuelle, les conditions de travail refléteraient un manque flagrant de réactivité de l'employeur face aux changements sociétaux et un déni de la spécificité de la réalité des intervenants en PJ.

« La loi sur la protection de la jeunesse c'est une loi d'exception. Alors est-ce qu'on pourrait dire que les gens qui travaillent à la Protection de la jeunesse sont quand même exceptionnels, des gens d'exception, dans le sens de valoriser cette pratique-là. » (Révision)

Des intervenantes rencontrées ont également souligné que l'on devrait s'inspirer du milieu policier dans la réflexion sur l'amélioration des conditions de travail. Elles mentionnent par exemple que les policiers ne doivent terminer que 25 années de service avant de prétendre à leur régime de retraite, alors que les travailleurs sociaux de la DPJ doivent compléter dix années de plus, bien que leur travail soit exigeant, notamment sur le plan psychologique.

« Impossible que je survive encore vingt ans à faire des évaluations, je vais mourir, je vais penser à me réorienter après 16 ans. » (É-O)

« On a oublié que la DPJ, ce n'est pas un service traditionnel de service social, ça doit être valorisé et on devrait s'inspirer des autres services d'urgence comme les policiers ou les ambulanciers. » (RTS)

Cette comparaison entre le travail en PJ et le métier de policier a été faite également à propos des enjeux de sécurité, pour lesquels la réponse de l'employeur est apparue défailante.

2.3.2.2. Le manque de dispositifs de sécurité

La sécurité est une préoccupation importante chez une majorité d'intervenantes qui travaillent directement avec les familles. Elles mentionnent vivre davantage de violence, notamment depuis les événements de Granby : la pression ressentie est plus forte et les familles plus agressives. Plusieurs croient que les mesures mises en place par l'organisation sont nettement insuffisantes et témoignent ainsi d'un manque de considération à leur égard.

« Je pense qu'on est beaucoup d'intervenants qui vivent aussi un peu dans la peur. » (É-O)

Les intervenantes soulignent qu'elles peuvent être appelées sur des lieux d'intervention sans que leur sécurité ne soit garantie, alors que des policiers se rendraient sur les mêmes lieux en équipe de deux et armés. Dans certaines équipes, lorsqu'elles craignent pour leur sécurité en se rendant sur un lieu d'intervention, les intervenantes ne peuvent faire appel à un

collègue, mais doivent plutôt demander la collaboration de la police. Or, il est constaté que l'implication de la police peut susciter des tensions peu favorables à l'intervention. Les intervenantes considèrent qu'elles devraient avoir en tout temps la possibilité d'avoir recours à la co-intervention lorsque cela paraît nécessaire pour leur sécurité. Une telle pratique exigerait toutefois d'agrandir les équipes.

Elles estiment également que toute intervention dans un milieu à risque nécessiterait d'être mieux encadrée par les gestionnaires. Ceux-ci devraient s'assurer que leur personnel est en sécurité, notamment en surveillant les déplacements qui sont effectués en soirée.

« Si on est sorti en soirée, c'est notre responsabilité de texter à notre gestionnaire pour lui dire qu'on est rentré. Mais si moi je ne texte pas à mon gestionnaire, il n'a aucune idée que je ne suis pas là. Il n'a aucune idée que je ne suis pas rentrée à la maison. » (É-O)

L'inaction de l'employeur face aux risques que prennent les intervenants n'est pas sans conséquence. Ce serait, au contraire, un facteur supplémentaire qui contribue au départ du personnel.

« On a eu des événements où les intervenants ont mis leur vie en péril, ça occasionne des départs. » (É-O)

2.3.2.3. L'intensité de la pression médiatique

Les intervenantes rencontrées mentionnent un manque de reconnaissance de la part de l'organisation, mais aussi plus largement, de la part des partenaires et du public. Particulièrement depuis les événements de Granby, la pression médiatique et la perception négative de la DPJ ont des conséquences *« sur le moral des troupes »*.

« Toute cette pression de l'espace public [...] ça met une lourdeur qui est difficilement quantifiable. Mais moi, j'ai eu des partages d'intervenants qui ont craint pour leur sécurité [...] qui tenaient à quitter le bureau plus tôt parce qu'ils ne voulaient pas se retrouver seuls dans le stationnement. Alors, si on a la sécurité d'un professionnel qui est ébranlée juste parce qu'il y a de la pression médiatique ou que TVA³⁸ est sur le coin de la rue, bien pendant ce temps-là il ne fait pas son travail, il n'est pas concentré sur son mandat professionnel. On perd beaucoup d'efficacité à ce niveau-là. Voilà. » (Révision)

« Les gens nous détestent vraiment. » (RTS)

³⁸ TVA : entreprise québécoise de communication œuvrant dans la télédiffusion et l'édition de magazines.

Les intervenantes estiment que la DPJ a acquis une très mauvaise image auprès de la population. Celle-ci serait véhiculée notamment par des articles sensationnalistes dans les médias, qui rendent les conditions de travail d'autant plus difficiles.

« C'est rare que c'est positif ce qui est rapporté dans les médias. Ça joue sur notre travail, ça joue sur les appels qu'on reçoit et ça joue sur l'attitude des gens envers nos services, qui signalent, qui nous consultent ». (RTS)

Les effets néfastes de cette mauvaise presse semblent s'étendre aux perceptions qu'ont les partenaires. Par exemple, plusieurs intervenantes ressentent qu'une pression exacerbée est exercée par le tribunal.

« Et le tribunal... la pression du tribunal, qui était déjà très grande, l'est encore plus. La lésion de droits, je n'en ai jamais autant entendu parler que depuis la situation de Granby ». (AM)

2.3.3. Les conditions de pratique

Pour expliquer les difficultés de rétention et d'attraction de personnel en PJ, les conditions de pratique sont également mises en cause par les intervenantes rencontrées.

2.3.3.1. Les charges de cas trop importantes

Selon les participantes aux entretiens de groupe, les charges de cas élevées font en sorte que les délais imposés par les standards de pratique sont inatteignables, à moins de compromettre la qualité du travail. Le manque de personnel est mis en cause considérant que les charges de cas dépassent, parfois de beaucoup, les normes que s'étaient données certains établissements par le passé³⁹.

Les charges de cas excessives auraient un impact sur les conditions d'intervention et la qualité des suivis. Les intervenantes déplorent qu'il n'y ait plus de temps pour la réflexion, notamment sur les trajectoires de vie des jeunes. La dimension clinique de leur travail leur semble avoir été évacuée.

« Moi je suis une intervenante qui a beaucoup d'expérience. Puis, je suis quelqu'un qui aime ça faire bien les choses. Dans les dernières années, j'ai vraiment eu l'impression qu'il fallait que je tourne les coins ronds très, très souvent. Puis, honnêtement ça me rendait mal à l'aise parce que c'est des risques qu'on prend. On prend de grands risques avec des enfants. » (AM)

³⁹ Il est notamment question du ratio 1 : 16 à l'application des mesures qui émane de travaux de l'ACJQ sur la pondération des charges de travail menés au début des années 2000.

La pondération des charges de cas. Les intervenantes allèguent également qu'il est nécessaire de pondérer les charges de cas en fonction de la complexité des situations, de la lourdeur des problématiques et de l'intensité de services requis. Accorder une plus grande attention à l'importance des besoins cliniques des familles plutôt qu'à un quota à atteindre permettrait que les charges de cas reflètent la réelle capacité des intervenants, en plus de remettre l'intérêt de l'enfant au centre des actions. Pour en arriver à objectiver la complexité des situations, plusieurs critères devraient être pris en considération, comme :

- l'âge de l'enfant;
- la situation de compromission;
- le niveau de risque;
- la gestion du risque;
- la fluctuation d'intensité qui est requise (accrue en début d'intervention);
- la situation familiale;
- la fratrie;
- l'éloignement géographique;
- l'étendue du territoire à couvrir.

Actuellement, ces éléments ne seraient pas pris en compte dans l'attribution des dossiers alors qu'ils sont perçus comme incontournables pour permettre un réel investissement avec les familles.

« On n'est pas en mesure d'arriver à un nombre de cas standard et précis, parce que ça dépend beaucoup de l'intensité et de la lourdeur de chaque dossier. » (É-0)

Outre la complexité variable des situations, l'ensemble des tâches réalisées par les intervenants devrait également être pris en compte dans la détermination de leur charge de cas, qu'elles y soient directement liées ou non. Les intervenantes soulignent que la charge de cas optimale ne peut être établie qu'une fois la liste des tâches imparties à chacune dûment dressée. En outre, pour arriver à une description de tâches réaliste, il faut également prendre en considération que le temps nécessaire pour remplir ces tâches est variable d'une région à l'autre. Bien que chaque étape ait ses particularités, les intervenantes sont plusieurs à nommer :

- le temps accordé à la charge administrative;
- les déplacements;
- les visites supervisées et le transport des enfants qui y est associé;

- les délais au niveau du fonctionnement des tribunaux;
- les vérifications complémentaires terrain et dans le milieu de vie;
- l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux intervenants.

Enfin, les intervenantes font le constat qu'en contexte de pénurie de personnel, l'expression « toute autre tâche connexe » est vaste et hétéroclite. Elle l'est particulièrement pour les intervenants d'expérience et réviseurs qui ont parfois l'impression de ranger dans cette rubrique tout ce qu'ils font pour pallier les manques de l'organisation, notamment en ce qui concerne la supervision d'intervenants moins expérimentés.

*« Il faut faire quelque chose au niveau du volume, [car] je ne fais pas la moitié de mes suivis d'activités. On ne peut rien ajouter, c'est plein, ça déborde! »
(Révision)*

L'allègement des tâches clinico-administratives. Les tâches administratives sont considérées comme chronophages par les intervenantes, en plus de ne pas être officiellement reconnue dans la charge de travail. Il est ici question de formulaires ou grilles à compléter, de la recherche des documents officiels de l'enfant (ex. : certificat de naissance), de la mise à jour des dossiers physiques et électroniques, de l'entrée de données dans PIJ et de l'obligation d'utiliser SSP.

Si les intervenantes comprennent l'importance de ces tâches, elles ne disposent pas du temps nécessaire pour les réaliser et souhaiteraient un allègement à ce niveau. Il est par ailleurs relevé que certaines procédures impliquent d'enregistrer plusieurs fois la même information.

« On a une tonne de choses à faire. On n'a pas parlé des demandes de passeport, des inscriptions scolaires, des inscriptions au camp de jour au mois de mars. Mais... c'est ça! Donc, c'est vraiment incroyable de voir tout le clinico, en fait l'administratif, qu'il y a autour. » (AM)

Il est également souligné que les formulaires et procédures ne sont pas uniformes à travers les DPJ du Québec. Cela serait particulièrement observé depuis la réforme de 2015. La création des CISSS et CIUSSS aurait alourdi les processus :

- De nombreux formulaires doivent être remplis chaque fois qu'une demande inter-établissement est faite et ils sont différents d'un établissement à l'autre.
- Plusieurs formulaires sont désormais conçus pour les gens de 0 à 99 ans, ce qui dilue la spécificité « jeunesse » et les rend difficiles à compléter.

Une harmonisation provinciale des processus et formulaires est donc souhaitée, de même que la possibilité d'avoir accès à un répertoire clair.

Toutes affirment qu'un allègement des tâches administratives est nécessaire puisque le temps consacré à celles-ci constitue un frein au travail clinique. Elles souhaitent avoir plus

de temps pour réfléchir à leurs dossiers, bien faire les choses et se consacrer aux enfants et aux familles.

« Ça fait que l'essentiel de notre travail, qui se doit d'être de rencontrer nos gens, d'intervenir, de créer justement [... une] alliance thérapeutique, on ne peut plus le faire parce que, justement, les exigences administratives sont trop lourdes ».
(AM)

L'augmentation du plan de postes. La pondération des charges de cas, la reconnaissance de toutes les tâches effectuées et l'allègement de certaines d'entre elles n'apparaissent toutefois pas suffisants pour en arriver à une charge de cas raisonnable. Toutes s'entendent pour dire que la grande priorité est d'agrandir la taille des équipes.

« Le problème central, c'est le nombre de postes. On met des surnuméraires, des petits 'plasters', mais c'est à la pièce. » (RTS)

« On ne prend plus le temps de faire les choses, tout va trop vite. Avoir le temps vient avec la disponibilité de la main-d'œuvre. » (RTS)

Elles souhaitent non seulement que la taille des équipes soit agrandie, mais que leur composition soit enrichie de nouvelles ressources comme :

- Des éducateurs ou des techniciens en travail social qui assureraient les déplacements, les visites supervisées, des services éducatifs et offriraient un soutien dans les démarches clinico-administratives;
- Des infirmières pour soutenir l'évaluation de la négligence chez les 0-5 ans par exemple, ou pour objectiver une marque ou une lésion.
- Des intervenants qui offriraient du soutien aux familles d'accueil.

2.3.3.2. Le manque de supervision clinique

Afin d'être soutenues dans leur travail et leur décision, la majorité des intervenantes ont mentionné le besoin de supervision clinique. Elles devraient avoir la possibilité de ventiler et d'être accompagnées, et ce, peu importe leur niveau d'expérience. Actuellement, ce sont les intervenants d'expérience et les réviseurs qui sont sollicités par leurs collègues pour pallier le soutien qui est lacunaire.

Dans certaines équipes, on encourage les intervenantes à prendre des décisions seules dès qu'elles ont cumulé quelques années d'expérience. Le manque de soutien et d'encadrement engendrerait une autonomie décisionnelle trop importante. Ceci ajoute une pression supplémentaire sur les intervenantes, considérant les répercussions importantes sur les enfants et les familles que peuvent avoir leurs décisions.

« Cette autonomie professionnelle là devait venir avec plus de supervision et plus d'encadrement, ce qui n'est pas vraiment arrivé. Ça fait qu'au niveau de l'imputabilité de notre travail [...] on prend beaucoup de décisions au quotidien. Puis, quand on prend du recul, tu dis 'mon Dieu!' Je veux dire, moi, ça fait deux ans que je fais mes affaires toute seule. [Or], j'ai eu une supervision en deux ans. Ça fait que je me dis 'il n'est rien arrivé encore, mais si jamais il devait arriver quelque chose...' La lourdeur est quand même présente. » (É-O)

La supervision clinique et les activités favorisant le partage seraient très variables d'une région à l'autre, mais elles sont le plus souvent insuffisantes par rapport aux besoins. Ce ne sont pas toutes les équipes qui comptent dans leurs rangs du personnel dédié à la supervision. Certaines intervenantes déplorent la perte de ce soutien qui était présent avant la réorganisation et qu'elles jugeaient efficace et soutenant.

Les intervenantes sont d'avis que le soutien clinique devrait être présent de manière uniforme dans toutes les régions (ex. coordonnatrice clinique, spécialiste en activité clinique ou chef d'équipe en mesure de superviser) et ce, sans retrancher des ressources au sein des équipes. Dans le cas où des postes de supervision clinique seraient créés, il paraît important que ces professionnels ne traitent pas leurs propres dossiers, mais puissent se consacrer exclusivement à leurs tâches de supervision. Les spécialistes en activités cliniques abondent dans ce sens et jugent qu'elles devraient se consacrer uniquement à la supervision.

« On veut du support clinique, mais pas aux dépens de se retrouver seul à gérer une liste d'attente. » (É-O)

La supervision clinique semble moins déficitaire dans les régions densément peuplées où les équipes sont plus grandes et où une telle culture s'est développée au cours des années.

Des stratégies de soutien mises en place dans certaines équipes ont été évoquées, notamment les groupes de co-développement, les communautés de pratique et la co-intervention. Ces périodes d'échange entre collègues devraient être valorisées et encouragées, mais également formalisées. Elles devraient enfin être prises en compte dans l'horaire de travail afin que l'intervenant et l'équipe n'en ressortent pas pénalisés.

« On a des codéveloppements aux 2-3 semaines de 1h30 et c'est un bel espace de partage. Ça nous aide à nous paramétrer, mais on n'est pas remplacées ». (RTS)

Par ailleurs, la co-intervention devrait être plus systématique. Elle permet non seulement d'améliorer la sécurité des gens impliqués, mais aussi de répondre à la complexité des situations qu'ils rencontrent au quotidien.

« On a la co-intervention, donc on a une partenaire, on est pairées à deux [...] Tu as toujours la même partenaire, puis on ouvre nos dossiers à deux [...] On a deux visions, plus d'observations, ça fait que c'est super aidant, tant au niveau clinique que pour notre sécurité en tant qu'intervenant. » (É-O)

2.3.3.3. Le manque de soutien psychologique

Le soutien psychologique proposé aux intervenantes est majoritairement jugé insuffisant. En effet, elles doivent se contenter du Programme d'aide aux employés (PAE) offert à tous les employés du réseau de la santé et des services sociaux, un accompagnement qui doit se faire en dehors des heures de travail. Considérant que les intervenantes en PJ doivent composer avec de l'agressivité et des situations de crise, ce programme générique apparaît peu adapté à leur situation. Les intervenantes réclament un soutien psychologique plus accessible, plus rapide et surtout plus adapté à leur réalité.

« On accueille beaucoup d'agressivité chez les signalants. On se fait ramasser et ça devient normal, mais on n'a pas d'espace pour en parler. » (RTS)

« On minimise ce à quoi on est confronté. Par exemple, les policiers, après un événement traumatisant ont un suivi PAE (programme d'aide aux employés) immédiatement, mais nous, on absorbe. » (É-O)

Le soutien psychologique devrait aussi être associé à des conditions de travail permettant aux intervenants de se ressourcer, sans compromettre l'équilibre déjà précaire de l'équipe.

« Il faut considérer l'épuisement, le syndrome [de traumatisme] vicariant, le fait qu'on est souvent exposés à des situations extrêmement traumatiques continuellement. On doit avoir plus de moments pour se ressourcer, mais on doit avoir des soldats qui prennent la relève quand on se ressource. » (É-O)

Le manque de soutien psychologique est perçu par les intervenantes comme une autre démonstration de la non-reconnaissance de la spécificité du travail en PJ par l'employeur. L'intervention dans un contexte d'autorité auprès de populations vulnérables, en plus d'être émotionnellement exigeante, entraîne des risques considérables pour la sécurité. Sans soutien psychologique adéquat, le personnel est à risque élevé d'épuisement professionnel, d'en venir à quitter son emploi ou de s'absenter pour une longue période.

« Ce n'est pas normal de se faire menacer de mort. » (É-O)

2.3.3.4. Le manque de mentorat pour les nouveaux intervenants

Tous les groupes d'intervenantes rencontrés ont souligné l'importance de la formation et du mentorat auprès des nouveaux intervenants, et constatent qu'actuellement ils sont insuffisants. Une formation et un accompagnement clinique et terrain devraient être offerts aux nouveaux intervenants dès leur arrivée dans les services de la PJ et être dispensés à tous, qu'ils détiennent un poste ou non.

« L'accueil des nouveaux est parfois fait sur le tard, ils se sentent parfois laissés à eux-mêmes. » (É-O)

Il est souligné que les besoins de soutien et de coaching des nouveaux intervenants sont particulièrement grands dans les régions peu densément peuplées.

Le manque de formation des nouveaux intervenants est problématique. Certains n'ont aucune connaissance de la loi en vertu de laquelle ils interviennent ou des processus cliniques en PJ. Ils n'ont souvent aucune expérience d'intervention auprès des familles en difficulté.

« Encore là, le sentiment de détresse est énorme chez les personnes qui arrivent au centre jeunesse. Et on leur demande de prendre en charge plusieurs dossiers alors qu'ils n'ont aucune idée de comment gérer le dossier. Que ce soit au niveau fonctionnel de 'comment j'écris un rapport ou comment je me présente au tribunal' qu'au niveau clinique, ils sont dépourvus. Je pense que si on veut garder les jeunes, il va falloir faire attention à nos nouveaux. » (AM)

« On laisse des apprentis conducteurs avec une Lamborghini sur l'autoroute puis on dit : 'Allez, mets le gaz au fond'. » (Révision)

Actuellement, tout comme pour la supervision clinique, ce sont surtout les intervenants seniors qui assurent la formation des nouveaux, et ce, encore une fois sans ajustement de leur charge de cas. Il en va de même pour l'accompagnement et la supervision des stagiaires, cette activité paraît donc peu attrayante et associée à une pression supplémentaire.

« On n'a aucune reconnaissance de nos gestionnaires, par exemple l'allègement de notre charge de cas. » (É-O)

L'ensemble des intervenantes rencontrées abondent dans le même sens : la formation destinée aux nouveaux intervenants doit être améliorée, mieux structurée, uniforme et dispensée avec diligence. Une structure provinciale de soutien destinée à l'accueil des nouveaux intervenants, par le mentorat par exemple, doit être mise en place. Il apparaît essentiel, selon les intervenantes, de former, accompagner et soutenir les jeunes intervenants si l'on souhaite qu'ils demeurent en poste et ainsi recréer au sein des établissements une expertise. Il faut rendre la formation obligatoire si on veut qu'elle soit effective. Elle devrait être assurée par des personnes entièrement ou partiellement dédiées à cela.

« Donc pour moi, l'accompagnement des nouveaux il y a vraiment du chemin à faire important à ce niveau-là. Puis je ne suis pas étonnée de les voir quitter le centre jeunesse après trois à six mois. » (AM)

En amont, plusieurs ont souligné que les formations universitaires sont à repenser, puisque fort peu de notions ou compétences spécifiques au travail en PJ y sont enseignées. En outre,

les universités ou maisons d'enseignement de niveau collégial ne semblent pas valoriser suffisamment ce domaine.

« Ce n'est pas très valorisé. Tu sais, souvent nos stagiaires nous arrivent en disant : 'l'université nous dit : n'allez pas en protection de la jeunesse.' » (É-O)

Certaines ajoutent que les intervenants (ou gestionnaires) qui souhaitent œuvrer en PJ devraient recevoir une formation plus spécifique. Une école spécialisée, du même type de l'École nationale de police, permettrait de s'assurer que la formation dans le domaine soit uniforme et que les intervenants et gestionnaires arrivent dans les services mieux outillés.

2.3.3.5. Le manque de formation continue

Si les formations offertes en amont et à l'arrivée en poste en PJ doivent être bonifiées, les intervenantes notent qu'il en va de même pour la formation continue. L'accessibilité à celle-ci se serait dégradée depuis la fusion des établissements et les intervenantes le regrettent. Elles souhaiteraient en bénéficier sur une base régulière. Par ailleurs, lorsque des formations pertinentes sont offertes, les effectifs des équipes sont souvent trop restreints pour éviter que la participation pénalise le reste de l'équipe.

« Donc, pendant que tu es en formation, tu ne peux pas faire cinquante-deux dossiers. Alors qui les fait? Ben c'est tout le monde qui pallie. » (É-O)

Les besoins de formation sont divers, il s'agit tout autant d'avoir accès à des connaissances générales (ex. : le développement de l'enfant) que d'être formé sur des outils cliniques et les nouvelles réalités sociales (nouvelles drogues, légalisation du cannabis, réseaux sociaux, etc.).

« Mettre à jour les contenus sur les nouvelles approches d'intervention, les nouvelles problématiques. » (É-O)

Les formations offertes devraient surtout être adaptées à la pratique clinique en PJ (ex. : processus d'intervention en PJ, concept de protection, compréhension de la loi ou de nouveaux alinéas, approche de médiation, etc.). Avec la création des CISSS et CIUSSS, l'offre de formation n'est plus adaptée et concerne davantage le secteur de la santé (ex. : lavage des mains). On déplore la perte de l'ACJQ qui offrait, par le Programme National de Formation (PNF), des formations adaptées et uniformes à travers la province. Les intervenantes rencontrées souhaitent retrouver dans l'offre de formation la spécificité de la PJ.

Également, considérant que les Ordres professionnels rendent obligatoire la formation continue, les activités qu'ils offrent devraient être plus souvent reliées au domaine de la protection. De plus, la formation, même celle qui est non spécifique, reste souvent inaccessible dans les régions peu densément peuplées, ce qui complexifie la réponse aux exigences des ordres professionnels.

« T'sais, je me retrouve à faire des formations sur une trousse médico-légale juste parce que j'ai besoin d'heures pour combler mes besoins de formation à l'Ordre, alors que je ne ferai pas de trousse médico-légales de sitôt. » (Révision)

2.3.3.6. Des systèmes informatiques désuets ou non pertinents

Les intervenantes rencontrées rapportent qu'il est nécessaire de mettre à leur disposition des outils informatiques fonctionnels et pertinents. Elles qualifient spécifiquement les programmes PIJ (Projet Intégration Jeunesse) et SSP (Système de soutien à la pratique) de « lacunaires ».

Le Projet Intégration Jeunesse (PIJ). Selon la plupart des intervenantes rencontrées, PIJ devrait faire l'objet d'une mise à jour en profondeur, tant au niveau de son contenu que de sa forme.

« PIJ peut planter pendant la prise d'un signalement. » (RTS)

Le système devrait entre autres permettre aux intervenants d'avoir accès aux données provinciales, ce qui faciliterait les vérifications sur les antécédents des familles qui déménagent d'une région à une autre. La situation actuelle contribue à multiplier les dossiers. En effet, les intervenants peinent à retracer ces informations ou doivent multiplier les contacts (et donc les formulaires) avec les autres DPJ et la police. Certaines intervenantes soulignent également que ces informations devraient être accessibles pour une durée qui excède cinq ans, puisque pour l'instant, elles sont effacées après cette période. L'application de ces recommandations nécessiterait de revoir les processus de partage d'informations entre les établissements, les règles de confidentialité et les délais de destruction prescrits par la LPJ.

PIJ est également considéré comme incomplet, sa structure ne permettant pas de se faire une représentation complète de la situation d'une famille (ex. : composition familiale, genre, ethnie). Certaines notent également qu'il ne permet d'inscrire que trois alinéas pour les motifs de compromission alors qu'il peut y en avoir plus. Cette contrainte ne donne pas un portrait complet de la situation et devient problématique quand vient le temps de réviser la situation des enfants.

Des intervenantes ont aussi souligné que le système devrait faciliter l'accès à certains documents officiels, comme les jugements du tribunal. Dans certaines régions, l'ordonnance est systématiquement numérisée et versée au dossier de l'utilisateur, cette responsabilité incombant au service des archives. En somme, une uniformisation et une systématisation accrue des documents versés dans PIJ sont souhaitées.

Le Système de soutien à la pratique (SSP). Selon les intervenantes qui l'utilisent (mais aussi les autres), le SSP est inadapté, non pertinent, et inefficace. Il n'est pas conforme aux nouvelles problématiques et ne répond pas aux besoins des intervenantes. Celles-ci considèrent qu'il est inutile sur le plan clinique, hormis pour offrir des balises aux nouveaux

intervenants ou dans le traitement du dossier. Toutefois, il ne soutient pas vraiment la prise de décision, alors que c'est sa fonction première.

« SSP, pour les nouveaux intervenants, permet d'apprendre à connaître la loi, mais est-il utile comme outil d'aide à la décision? » (RTS)

« SSP est plus un fardeau qu'une aide à la décision clinique ». (RTS)

2.3.3.7. Le matériel informatique et technologique peu adapté

Les intervenantes rencontrées mentionnent ne pas bénéficier des outils informatiques, technologiques et logistiques nécessaires à l'exécution de leur mandat. Or, l'utilisation d'une technologie appropriée améliorerait leur efficacité.

Matériel informatique inadapté. Les intervenantes relatent qu'elles doivent composer actuellement avec du matériel informatique désuet et insuffisant.

- Les ordinateurs sont lents et les connexions Internet peu fiables. Des documents se perdent, des enregistrements se font mal, elles doivent souvent tout recommencer.
- Elles n'ont pas accès à un réseau WIFI, ni à des ordinateurs portables ou des tablettes. Un matériel plus adapté leur permettrait d'avoir accès aux documents sans les imprimer, de prendre des notes dans le milieu de vie, de rédiger des plans d'interventions en présence des familles, etc.
- Certaines ont mentionné qu'il y a encore des formulaires papier à remplir, en quatre exemplaires, sans copie carbone.

« [Il nous faudrait] des outils technologiques... On n'a pas de cellulaire de travail, on n'a pas d'ordinateur, on n'a pas d'accès ailleurs que dans notre bureau physique. S'il y a une urgence, c'est mon cellulaire personnel que je paye tous les mois [qui est utilisé]. Donc ça, pour nous, on est en 2020 puis on n'a pas encore d'outils technologiques fonctionnels pour travailler. Ça c'est un point qui est très achalant. » (AM)

Accès aux réseaux sociaux. Les intervenantes rencontrées mentionnent qu'elles devraient avoir accès aux réseaux sociaux. Il est suggéré qu'un compte Facebook géré par les CISSS et CIUSSS soit créé afin de faciliter les échanges avec les parents difficiles à rejoindre autrement. Les réseaux sociaux sont également perçus comme une source d'information pertinente.

Téléphone cellulaire. Actuellement, les intervenantes utilisent leur téléphone cellulaire personnel dont elles assument les frais. Puisqu'elles se rendent dans les milieux de vie des familles et qu'elles effectuent de nombreux déplacements, elles estiment qu'un téléphone devrait leur être fourni par l'employeur.

Flotte automobile. Les intervenantes rencontrées mentionnent qu'elles devraient avoir accès à une flotte automobile suffisante, à laquelle il faudrait ajouter des sièges d'enfants conformes. La gymnastique entourant les sièges pour enfants prend beaucoup de temps, et

encore davantage lorsque les voitures personnelles sont utilisées. Enfin, lorsque leur véhicule personnel est requis, la plupart des intervenantes assument les frais de stationnement.

Locaux inadaptés. Les intervenantes rencontrées disent ne pas disposer de locaux adaptés à leurs besoins et à ceux des familles. Par exemple :

- Plusieurs locaux ne sont pas adaptés aux personnes à mobilité réduite.
- Dans les régions peu densément peuplées, plusieurs bureaux sont tout simplement difficiles d'accès (pour n'importe qui).
- Un même bureau peut être parfois partagé par quatre intervenantes. En plus des inconvénients occasionnés par le bruit ambiant, cela pose des défis sous l'angle du respect de la confidentialité.
- Enfin, il manque d'espace pour aménager des salles de rencontre dans certains bureaux.

2.3.4. Les enjeux liés à la dispensation des services : accessibilité et continuité

Les propos recueillis ont mis en lumière de nombreux enjeux de collaboration, autant à l'intérieur des établissements, qu'avec les partenaires de la communauté.

2.3.4.1. L'accès aux services de proximité

Dans tous les groupes, peu importe la région, les intervenantes rapportent des difficultés d'accès aux services de proximité, qui sont engorgés et pour lesquels les listes d'attente sont longues. De l'avis de plusieurs intervenantes, cette absence de service crée un préjudice à l'enfant et le place parfois en situation de compromission.

« Les gens se frappent le nez à la porte du CLSC et tombent dans nos services. Dilemme : est-ce que c'est un besoin de protection ou un besoin de soins? Tous se retournent vers la protection, mais après la protection, vers qui on se retourne? Les ressources sont inexistantes... » (RTS)

De nombreuses intervenantes jugent que cela oblige parfois de maintenir des situations sous la LPJ parce que les services de proximité n'ont pas été offerts. D'autres fois, elles doivent intervenir parce que des situations se sont détériorées en l'absence de services.

« Un autre irritant c'est vraiment l'arrimage avec les services. Actuellement on a des dossiers qui traînent un peu dans nos « caseloads » parce qu'on n'est pas capable de mettre des filets de protection, parce que tous les autres services sont engorgés. » (AM)

Conséquence des difficultés d'accès aux services de proximité, plusieurs intervenantes estiment que la DPJ peut être perçue comme une porte d'entrée dans le réseau: « On est beaucoup devenu un service d'urgence de 1ere ligne, alors que ce n'est pas notre mandat. » (É-

O) Or, certaines intervenantes ont remarqué qu'il y a souvent incapacité à obtenir les services requis, même lorsqu'une ordonnance est émise.

« Il faut trouver une manière de combler ces vides-là parce que les enfants n'ont pas les services auxquels ils ont droit. Notre travail perd son sens puisqu'on doit appliquer des mesures inapplicables. » (AM)

Enfin, l'équité ne caractérise pas les services de proximité, de l'avis de plusieurs intervenantes, dans le sens où ceux-ci seraient encore moins disponibles pour les communautés anglophones, autochtones et immigrantes. Par ailleurs, certaines intervenantes des régions moyennement et peu densément peuplées ont dit avoir constaté des disparités régionales importantes en matière de services.

2.3.4.2. La collaboration entre les missions jeunesse dans les CISSS et les CIUSSS

Une majorité d'intervenantes, provenant de toutes les régions, soulignent qu'il est difficile de mettre en place un filet de protection autour des jeunes et de leur famille. Ainsi, dans plusieurs endroits, les intervenantes observent le retrait des services de proximité dès que la DPJ accompagne des familles.

« Les services de 1^{ère} ligne ferment souvent quand on est impliqué à É-O, alors que c'étaient des services volontaires, [et ce], même si le dossier va aller en fermeture. » (É-O)

De plus, plusieurs intervenantes remarquent qu'à la suite de la fusion de 2015, les pratiques collaboratives entre les différents services jeunesse ne semblent pas s'être concrétisées à l'intérieur des établissements. L'intégration était pourtant l'un des principes de la réforme.

« Au niveau de l'arrimage CLSC-centre jeunesse c'est systématique, dès que ça tombe à l'étape de l'application des mesures, on perd tous les services, SIPPE, GED, etc. On perd tout ça parce qu'ils prennent pour acquis que le travailleur social à la DPJ peut tout faire. Traiter les traumatismes, faire du thérapeutique, travailler les habiletés parentales, faire du coaching parental dans les milieux naturels. Donc nous on est les... On fait tout. On est vraiment des super women. » (AM)

Au sein même des services de PJ, certaines intervenantes constatent une perte de repères depuis que l'application des mesures est passée à la Direction du programme jeunesse⁴⁰.

⁴⁰ Deux régions ont une DPJ dite « maximale » où tous les services sont regroupés sous une même direction, soit la Côte-Nord et plus récemment l'Outaouais. Dans les autres régions, il faut savoir que l'application des mesures ne se retrouvait pas sous la Direction de la protection de la jeunesse avant la fusion. Toutefois il s'agissait de petites directions dont le domaine de pratique était exclusivement la protection de la jeunesse. Depuis la fusion, l'application des mesures se retrouve dans la Direction du programme jeunesse, qui regroupe tous les services en jeunesse dispensés dans les CISSS et CIUSSS.

Elles ont entre autres verbalisé que leur sentiment d'appartenance s'est effrité au sein de leur nouvelle direction, la PJ n'y occupant qu'une place marginale. Dans certaines régions, des intervenantes rapportent que la collaboration et les échanges d'informations ne sont pas optimaux entre les deux directions.

« [...] ben ça amène aussi [le fait] qu'il y a moins de communication entre nous, que la trajectoire se fait [sic] moins bien. Maintenant c'est le chef d'évaluation qui transmet l'information au chef de l'application des mesures. Ça fait que l'information est diluée. Quand elle arrive à l'intervenant, il en manque des bouts. Donc c'est sûr que ce n'est pas nécessairement ce qui facilite le mieux le travail par la suite. » (AM)

2.3.4.3. La collaboration des DPJ inter CISSS et CIUSSS

Dans un contexte où les séparations familiales sont de plus en plus nombreuses et où les enfants font l'objet d'une garde partagée, les collaborations interétablissements sont également plus fréquentes, mais très laborieuses selon plusieurs intervenantes rencontrées. Ainsi, dans le contexte du partage de l'information lors de vérifications complémentaires terrain ou de vérifications au moment de l'évaluation de certains milieux de vie, la transmission d'informations apparaît se heurter à de nombreux écueils. Ces difficultés sont particulièrement relevées par les intervenantes des régions peu densément peuplées.

« C'est même demandé qu'on aille à [nom de la région] pour aller faire des vérifications dans d'autres milieux parce qu'avoir des collaborations avec d'autres centres jeunesse, c'est très difficile. On est sur des listes d'attente. C'est compréhensible, sauf que ça fait en sorte qu'on n'est pas capable d'avancer dans nos dossiers de la région. » (É-O)

Une majorité d'intervenantes ont par ailleurs rapporté que les tâches administratives associées aux collaborations interétablissements se sont multipliées.

« Moi j'ai quelque chose que je fais vraiment beaucoup depuis des années, tout ce qui est 'inter centres jeunesse' et 'demandes de...' Moi je peux passer des heures à faire ça. C'est incroyable le nombre de situations où j'ai à faire des demandes, remplir des formulaires, des papiers [...] Je vois que, depuis quelques années, on en a de plus en plus. » (AM)

Il est ainsi suggéré par plusieurs intervenantes d'harmoniser les pratiques dans les cas de collaboration interétablissement: *« On a une clientèle qui bouge beaucoup d'un territoire à l'autre, d'où l'importance de s'harmoniser. » (RTS)*

2.3.4.4. La collaboration avec les contentieux

Plusieurs réviseuses rencontrées estiment que des mécanismes de collaboration plus efficaces avec les contentieux devraient également être mis en place, et ce afin que tous aient la même compréhension des décisions prises et des recommandations émises lors des révisions. À ce titre, elles jugent que les rôles et responsabilités de chacun aux plans clinique et légal devraient être clairement définis et partagés.

2.3.4.5. L'accès aux places en hébergement

Une majorité d'intervenantes rapportent que peu importe la région où elles se trouvent, les places sont manquantes dans les ressources en hébergement (familles d'accueil, centres de réadaptation, foyers de groupe)

« Nos centres de réadaptation sont pleins, on n'a pas de foyer de groupe, on n'a presque plus de places en famille d'accueil. Cela ne facilite pas notre travail au quotidien. » (É-O)

La difficulté s'accroît lorsqu'elles souhaitent avoir recours à des ressources spécialisées pour les enfants ayant des besoins particuliers, par exemple ceux présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

« Parfois le CRDI⁴¹ ne veut pas s'occuper d'un enfant TSA suivi en protection, il demande de l'envoyer en centre de réadaptation. » (É-O)

De l'avis de plusieurs intervenantes rencontrées, ce contexte favorise l'instabilité résidentielle et relationnelle des enfants. Certaines rapportent ressentir des pressions importantes dues à des contraintes administratives et constatent que cela peut influencer des décisions cliniques majeures tout en augmentant la gestion du risque.

« On le retire d'un milieu où il vit de l'instabilité puis on perpétue aussi cette instabilité-là. Puis des fois on étire, je dirais, la gestion de risques au maximum, en maintenant un enfant dans le milieu parce qu'on n'a pas de milieu adéquat à lui offrir ou qu'on doit séparer des fratries. Ça, je trouve ça difficile. » (Révision)

Des intervenantes disent par ailleurs se heurter à des difficultés dans l'exercice du pairage, cela dans toutes les régions. Elles estiment qu'elles doivent prendre des décisions qui ne sont pas toujours dans le meilleur intérêt des enfants et risquent de les fragiliser davantage.

⁴¹ CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

« Je sais que le placement en cours n'est pas bon et qu'il peut amener beaucoup de détresse, des idéations suicidaires. Mais on le maintient parce qu'on n'a pas d'autre choix. » (É-O)

Des intervenantes constatent également qu'une proportion plus importante d'enfants est hébergée dans des familles d'accueil éloignées. Ils sont ainsi déracinés de leur milieu de vie. Elles estiment que cette situation requiert une logistique plus complexe puisqu'elles doivent prévoir davantage de temps de déplacement, autant pour le transport lors de visites supervisées que dans le cadre de visites dans le milieu de vie.

2.4. Les enjeux législatifs

Certaines modifications législatives des dernières années introduites à la LPJ (projet de loi n° 125 en 2006⁴² et projet de loi n° 99 en 2016⁴³) ont eu des impacts sur les pratiques des intervenantes. Il en a été de même pour 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 et modifiant certaines dispositions législatives*⁴⁴ (LRR). Or, force est de constater que les standards de pratique n'ont pas été ajustés à ces nouvelles réalités.

2.4.1. Les familles d'accueil et la LRR

Sans associer directement l'entrée en vigueur de la LRR en 2009 et la pénurie de familles d'accueil, plusieurs intervenantes, toutes régions confondues, constatent une aggravation de la situation au cours des dernières années : « *le manque de ressources [est important]. Les familles d'accueil, on doit aller pratiquement aux lignes américaines... parce qu'on n'a pas de familles d'accueil.* » (É-O)

Cela engendre des enjeux concernant le pairage des enfants, processus primordial pour assurer leur stabilité, comme souligné précédemment « *on n'est pas dans [l'optique de] 'la meilleure décision pour les enfants', mais [plutôt] 'où il y a de la place'.* » (É-O)

L'entrée en vigueur de la LRR a par ailleurs nécessité l'adaptation des services et un partage des rôles et responsabilités variable d'une région à l'autre. Ainsi, il existe encore des services ressources⁴⁵, mais qui doivent désormais jouer un rôle de contrôle-qualité en plus de leur rôle de suivi. Dans certaines régions, le rôle de soutien des familles d'accueil incombe

⁴² Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives, projet de loi n° 125 (présentation), 1^{re} sess., 37^e légis., 2005 (Qc.).

⁴³ Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions, projet de loi n° 99 (présentation -3 juin 2016), 1^{re} sess., 41^e légis. (Qc.)

⁴⁴ RLRQ, c. R-24.0.2

⁴⁵ Avant l'entrée en vigueur de la LRR, des intervenants ressources étaient dédiés au suivi des familles d'accueil dans toutes les régions du Québec.

désormais aux intervenantes du service d'application des mesures, alors qu'elles ne se sentent pas outillées pour l'assumer.

« Il y a toute la question de la syndicalisation des familles d'accueil en 2015, qui a amené le retrait des intervenants-soutien des familles d'accueil qui y avaient accès avant. Parce qu'elles sont devenues maintenant des travailleurs autonomes puis elles sont censées s'outiller, se former, faire toutes leurs affaires par eux-mêmes finalement. Ben ce n'est pas vrai. Ça fait que les intervenants [...] on doit supporter, en plus de tout le travail à l'enfant, il y a tout le support à la famille d'accueil. » (AM)

Certaines intervenantes suggèrent ainsi que, dans les régions où ils ont été abolis, les postes d'intervenants ressources soient recréés afin de mieux soutenir les familles d'accueil. Ceci pourrait également permettre de mieux outiller les familles d'accueil au plan de la formation, certaines intervenantes ayant constaté des lacunes à cet effet.

« Mais aussi une autre réalité, [c'est que] les familles d'accueil n'ont pas de formation. Ça fait que si, nous, on trouve ça difficile en tant qu'intervenantes d'avoir toutes les nombreuses problématiques avec lesquelles on a besoin de travailler, ben ces personnes-là aussi quand elles reçoivent un jeune avec une problématique en santé mentale, avec des troubles de comportement, qui a vécu de l'abus sexuel [...] Ben ils sont démunis, ils sont vraiment démunis face à tout ça. » (AM)

2.4.2. Les familles d'accueil de proximité

Les modifications introduites à la LPJ en 2006 privilégient le placement de l'enfant auprès de personnes significatives⁴⁶ (art.4 LPJ). Davantage d'enfants sont désormais confiés à des personnes significatives. Or, plusieurs intervenantes soulèvent un questionnement quant au caractère sécuritaire des familles d'accueil de proximité.

« Parce qu'on a aussi des familles d'accueil de proximité, ça aussi c'est une nouvelle... un autre enjeu, mais une nouvelle réalité. Il y a des milieux qu'honnêtement c'est triste d'entendre les gens dire 'je ne laisserais pas mon chien là'. On a des enfants là. [Ce sont des milieux] qui n'auraient pas passé comme 'familles d'accueil', mais parce qu'on n'en a pas, parce que ça fait un an qu'il est là... » (AM)

⁴⁶ La décision doit tendre à assurer à l'enfant la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge, auprès des personnes qui lui sont les plus significatives, notamment les grands-parents et les autres membres de la famille élargie.

Des intervenantes, peu importe la région, ressentent une pression à considérer ce type de milieux à tout prix, même lorsque certains d'entre eux ont des antécédents de négligence. À leur avis, cette situation se répercute non seulement sur la sécurité des enfants, mais également sur la stabilité des placements. En effet, selon certaines d'entre elles, l'évaluation des familles d'accueil de proximité n'est pas toujours effectuée en profondeur.

2.4.3. La complexité de la confidentialité des informations personnelles

La confidentialité entourant les informations personnelles a été qualifiée par bon nombre d'intervenantes, toutes régions confondues, de notion complexe et provoquant des frictions de façon régulière, autant le cadre des CISSS et des CIUSSS que dans celui des rapports inter-DPJ.

« Il manque de clarté quant aux infos qu'il est possible d'échanger dans la nouvelle réalité des CISSS et CIUSSS. Maintenant qu'on est tous des CISSS ou CIUSSS, [mais] au niveau de la confidentialité ce n'est pas clair encore pour personne. Pourtant si on prend [l'idée que] 'dans le même établissement, on peut s'échanger de l'information', ben là ces notions-là ne fonctionnent plus parce qu'on est avec l'hôpital, les CSSS, les anciens CRD, CJ, tout ça. Donc comment fonctionne la notion de confidentialité? » (AM)

De plus, plusieurs intervenantes ont un questionnement quant à la nature des informations qu'il est possible d'échanger avec les partenaires dans le contexte de l'article 72.6 LPJ et ses modifications entrées en vigueur en janvier 2019⁴⁷.

« Puis le dernier petit enjeu que je vais dire, c'est la confidentialité. C'est quelque chose de merveilleux dans la vie, mais qui peut aussi poser problème parce que les services, en fait, sont vraiment cloisonnés. On ne peut pas parler au CLSC. On ne peut pas parler à l'école si on n'a pas l'autorisation. » (AM)

Une majorité d'intervenantes soulignent enfin que plusieurs partenaires déplorent l'impossibilité pour les personnes autorisées de partager de l'information au sujet de l'enfant et de sa famille.

« Moi je pense qu'il faudrait revoir, ou faciliter en tout cas, l'échange d'information. Je ne dis pas qu'il faut bafouer la confidentialité [...], mais dans nos situations les plus difficiles où on a des gens qui sont vraiment non volontaires, qui refusent les accès à tous les services [...] je pense que les besoins

⁴⁷ Celles-ci permettent désormais aux intervenants de partager certaines informations sensibles, nécessaires et pertinentes, dans le but de mieux protéger un enfant.

de protection de l'enfant devraient toujours être mis au-dessus [du reste], même de la confidentialité. [...] Puis ce sont nos enfants les plus vulnérables.»
(Révision)

2.4.4. La méconnaissance de la LPJ

Il est fondamental, de l'avis d'une majorité d'intervenantes, de réaffirmer le caractère exceptionnel de la LPJ, afin de mieux distinguer auprès des partenaires un besoin de services d'un besoin de protection et de faire en sorte que tous comprennent que la LPJ n'est pas une porte d'accès aux services. Les principaux partenaires (milieux scolaire, policier, judiciaire, hospitalier, etc.) ne connaîtraient pas suffisamment le rôle et le mandat de la DPJ. Les intervenantes doivent fréquemment donner des explications à cet effet : « *il faut souvent prendre le temps d'expliquer notre rôle aux collaborateurs* » (É-O). Dans ce contexte, la collaboration devient difficile puisqu'elle est parfois marquée par un manque de confiance de la part des partenaires. À ce titre, certaines estiment qu'un travail de sensibilisation devrait être réalisé auprès de l'ensemble de la communauté quant au rôle de la DPJ.

« Donc peut-être aller faire des formations dans les écoles. Moi je l'ai fait deux fois, ça a été vraiment... pertinent. Ça a été vraiment utile et tout le monde nous a remerciés en disant : 'là je comprends mieux comment faire un signalement, pourquoi ne pas questionner l'enfant avant? comment gérer?'. Mais ça a été fait deux fois, puis ça s'est arrêté » (RTS)

Une meilleure compréhension de la part des partenaires des situations exceptionnelles couvertes par la LPJ permettrait aux DPJ de s'en tenir à leur mandat de protection et pourrait contribuer à une diminution du volume de signalements non recevables.

2.5. Les enjeux concernant la sphère judiciaire

Les intervenantes concernées ont identifié plusieurs enjeux découlant de leurs interactions avec le milieu judiciaire et ayant des répercussions sur leurs pratiques.

2.5.1. Les rôles complets et le report des audiences

D'abord, l'engorgement généralisé des tribunaux engendrerait une discontinuité des mesures judiciaires et favoriserait, de l'avis d'une majorité d'intervenantes, l'utilisation plus fréquente de mesures provisoires, qui ne sont pas toujours dans l'intérêt de l'enfant.

« Donc les délais de tribunaux. Puis je voyais aussi dans les questions [à aborder durant le focus groupe] qu'il y avait l'application des mesures provisoires. Ben ça nous amène à aller chercher beaucoup plus de mesures provisoires parce qu'on doit faire quelque chose en attendant. Donc on met les enfants carrément sur pause. » (AM)

Dans les régions peu densément peuplées, les intervenantes rapportent qu'une importante logistique est nécessaire pour assister à l'audience au tribunal. Les conséquences sont donc d'autant plus importantes lorsqu'elle est reportée.

« Il faut qu'on s'occupe des billets d'avion, le « check-in » des parents, la réservation de l'hôtel. Et lorsque le tribunal se fait dans un village spécifique, c'est à nous de nous déplacer pour aller chercher le parent chez eux et les reconduire au tribunal. » (É-O)

Les intervenantes jugent que le report des audiences peut avoir des conséquences sur leur crédibilité, puisque dans certains cas leurs recommandations ne sont plus cohérentes. De plus, plusieurs révisions en présence peuvent devenir nécessaires puisqu'en raison de reports d'audience, les ententes prises ne sont plus d'actualité. Ces délais nuisent à la stabilité des enfants et à la continuité des soins.

« Il y a aussi la notion de l'encombrement du rôle au tribunal, qui fait qu'on va recommander six mois de services, mais c'est reporté. Puis finalement on passe quatre mois plus tard, on recommande deux mois, puis on se fait dire 'ben voyons, c'est donc ben ridicule comme recommandation deux mois'. Puis effectivement l'aspect clinique n'est plus le même, la situation elle a changé, mais il faudrait qu'on retourne en révision, qu'on refasse le processus, puis on ne pourra pas passer avant le prochain délai. Ça fait qu'il y a toute cette notion-là qui est difficile. Puis ça vient enlever la crédibilité de l'intervenant aussi. » (AM)

2.5.2. Les pratiques différentielles des districts judiciaires

Le courant jurisprudentiel actuel mettrait de l'avant, selon certaines intervenantes, la primauté de la responsabilité parentale au détriment de l'intérêt de l'enfant. L'application de certaines ordonnances peut alors devenir fastidieuse si elles ordonnent une quantité importante de contacts ou des services que les familles ne peuvent obtenir.

« L'autre aspect au niveau des tribunaux qu'il faut qu'il change, c'est quand ils s'immiscent dans nos plans d'intervention. Ils sont rendus que dans les ordonnances, des fois, c'est des plans d'intervention. Puis ils ne sont pas applicables. » (AM)

Une majorité d'intervenantes ont par ailleurs constaté des disparités importantes d'un district judiciaire à l'autre sur le plan des ordonnances.

« Entre autres au niveau des contacts, au niveau de la durée. Il y a des ordonnances où j'ai vu que les contacts se déroulent 'selon entente entre les parties, à défaut d'entente qu'il soit décidé par le DPJ'. Mais quelle latitude [est laissée] au DPJ pour dire : supervisé, pas supervisé, tout ça, la durée, la fréquence? Puis il y a d'autres ordonnances où il faut toujours chercher « à défaut d'entente », « un minimum ». Puis c'est vraiment ordonné comme ça, puis

on est limité avec notre plancher. Donc on passe vraiment d'un extrême à l'autre. Par rapport, entre autres, à l'exemple des contacts parent-enfant. » (AM)

Conséquence des difficultés de rétention de personnel et du manque de formation des nouveaux employés, plusieurs intervenantes ont perçu que les juges accordent parfois peu de crédibilité à leurs recommandations et que leur attitude témoigne d'une certaine méfiance. De plus, la tâche de préparation est complexifiée pour certaines intervenantes, puisque les attentes des juges varieraient grandement. Plusieurs rapportent d'ailleurs qu'une nouvelle pratique en matière de rédaction de rapports est exigée par la magistrature et incite les intervenants à se limiter aux éléments qui font litige, sans dresser de portrait complet de la situation.

« Donc si tout le monde est en accord pour les motifs de compromission n'en parlez pas trop dans votre rapport, on n'en parlera pas au tribunal. C'est juste les contacts parent-enfant qui font litige. On ne va parler que de ça. Mais en fait, nous on se doit de faire un rapport psychosocial complet [sur la situation] de l'enfant et de sa famille. Donc encore là, pour nous, l'espèce de fossé énorme entre tout ce qui est le clinique et le légal est extrêmement important. » (AM)

2.5.3. Le nécessaire dialogue entre les milieux sociaux et judiciaires

De l'avis d'une majorité d'intervenantes, particulièrement celles des régions moyennement et peu densément peuplées, dans l'intérêt des familles et des enfants il est nécessaire de favoriser une meilleure compréhension entre les milieux cliniques et la magistrature.

« L'arrimage clinico-juridique dont on a parlé, ben vraiment ce qui manque c'est que nous autres on traite des situations humaines sur une base clinique. Les juges, les avocats, eux autres c'est vraiment des situations factuelles, 'On veut des faits, on veut des preuves'. [...] Puis c'est comme si on parlait deux langages, mais qui ne sont pas arrimés. Puis d'un côté les juges, ils n'en ont pas de formation. Puis on n'a pas d'outils communs. » (Révision)

Certaines soutiennent qu'une meilleure concertation avec les tribunaux pourrait s'amorcer par le biais de formations communes, portant sur les réalités et les obligations des milieux clinique et judiciaire. Des contacts plus fluides entre les deux parties pourraient mener à une priorisation des dossiers à auditionner au tribunal plus cohérente avec les besoins des familles et des enfants. En ce sens, certaines souhaitent même l'inscription dans la loi de l'obligation pour le tribunal de prendre une décision. Cela limiterait grandement les ajournements d'audience, qui sont particulièrement problématiques dans le cas de mesures de protection immédiates et de mesures provisoires.

3. PRINCIPAUX CONSTATS

L'état de situation dressé précédemment permet de dégager certains constats et de proposer des avenues à privilégier au moment de mettre à niveau les standards de pratique pour qu'ils soient en phase avec les réalités sociales et organisationnelles actuelles. Ces constats émergent de l'interprétation des propos recueillis auprès des intervenantes, en collaboration avec les partenaires ayant contribué à la réalisation de ces entretiens de groupe.

Notons que ces constats sont caractérisés par des spécificités régionales. En effet, les propos recueillis illustrent que l'éloignement des centres urbains signifie généralement un alourdissement des enjeux associés à la pratique en PJ. Ainsi, les charges de cas sont souvent plus lourdes; l'accessibilité et la continuité des services sont davantage compromises; les équipes sont souvent plus réduites et instables; les enjeux liés aux communautés autochtones nécessitent l'adaptation des interventions; les territoires à couvrir sont vastes. De plus, les enjeux d'engorgement des rôles des tribunaux sont accrus. Quant aux intervenantes œuvrant dans des régions caractérisées par une population majoritairement anglophone, elles font face elles aussi à des défis particuliers, comme la rareté des ressources disponibles ainsi que de la documentation ministérielle et des systèmes de gestion de l'information (PIJ, SSP) exclusivement rédigés en français.

3.1. La nécessité de réviser les standards

Les intervenantes en PJ ont dû composer avec plusieurs transformations de leur contexte de travail au cours des dernières années. En plus d'une réforme importante du réseau de la santé et des services sociaux et de changements législatifs majeurs à la LPJ (pour ne nommer que ceux-là), elles doivent négocier avec une hausse des signalements continue depuis les dernières années. Ces changements suggèrent que la révision des standards est plus que nécessaire, ceci en prenant en considération le contexte dans lequel ils s'appliquent.

- **Des standards nécessaires, mais inatteignables.** La majorité des intervenantes reconnaissent la nécessité d'encadrer la pratique en PJ en raison du contexte d'autorité dans lequel elle s'exerce. De leur avis, les standards concernant les délais entre les étapes du processus clinique répondent aux besoins des familles et contribuent à assurer une certaine diligence dans la dispensation des services. Toutefois, les intervenantes semblent être en mode survie et éprouver des difficultés à atteindre quelque standard de pratique ou norme que ce soit dans le contexte organisationnel actuel sans compromettre la qualité de leur travail. Cet enjeu aura d'ailleurs été prédominant dans les échanges et ceci dans tous les groupes, quel que soit le type de région.
- **Miser sur la qualité plutôt que la quantité.** Les standards concernant les durées, l'intensité de services et la charge de cas ont été davantage décriés par les intervenants, qui les estiment parfois irréalistes et rarement adaptés au contexte actuel et à la nature de leur travail. Il apparaît nécessaire de les repenser afin qu'ils soient axés sur la qualité des interventions et adaptés aux réalités vécues sur le

terrain. À ce titre, ils devraient davantage refléter les spécificités des situations familiales et prendre en considération les particularités régionales et linguistiques dans lesquelles les situations familiales s’ancrent. Ils devraient en outre refléter les nouvelles réalités avec lesquelles doivent composer les intervenantes.

- **La communication autour des standards de pratique.** Il ressort clairement des entretiens de groupe que des intervenantes connaissent parfois très peu les standards en cours au MSSS, quelle que soit la région d’où elles proviennent. Lorsque questionnées sur le sujet, elles ont également évoqué d’autres normes telles que les balises émises dans le Manuel de référence sur la protection de la jeunesse ou provenant d’autres travaux menés avant la réforme, des normes propres à leur établissement ou les obligations légales auxquelles elles sont soumises en tant que personnes autorisées en vertu de la LPJ. Ceci illustre d’une part, une certaine confusion quant à la notion de standards ministériels et d’autre part, une compréhension différenciée selon les Directions de la protection de la jeunesse, voire même selon les gestionnaires qui encadrent les équipes. Cela suggère l’importance que soient développés des outils de diffusion afin que tous puissent s’approprier de manière uniforme ce qu’est un standard ministériel, une balise provinciale ou encore une norme locale.

3.2. La nécessité de reconnaître le caractère spécifique de l’intervention en PJ

Il apparaît essentiel de repenser les standards afin qu’ils incluent les éléments nécessaires permettant d’offrir une qualité d’intervention à toutes les étapes du processus clinique, et qu’ils ne soient pas seulement le reflet d’une quantité d’activités cliniques à réaliser au sein de balises temporelles définies. Ils devraient être appliqués en complémentarité à de nouveaux standards qui seraient davantage garants de la qualité des services tout en préservant la dimension clinique du travail des intervenants.

- **Le recrutement et la rétention du personnel** font actuellement partie des principaux enjeux liés à la capacité des intervenants d’assumer leur rôle de manière optimale. Il est donc nécessaire de reconnaître la spécialisation que requiert la pratique en PJ, en vue d’en faire une profession plus attractive. Sans actions entreprises à cet égard, il demeurera difficile pour les intervenants d’appliquer les standards ou normes définis, sans faire de compromis quant à l’efficacité, la continuité et l’accessibilité des services, au détriment des enfants les plus vulnérables.
- **Un outil de pondération des charges de cas** qui prendrait en considération la complexité des situations et l’ensemble des tâches nécessaires à l’accomplissement d’un travail clinique de qualité devrait être élaboré et appliqué. Un standard visant une charge de cas maximale à chaque étape du processus clinique devrait être établi et les conditions devraient être réunies pour qu’il soit respecté et que la qualité et la continuité des interventions ne soient pas compromises. À cet effet, une augmentation du plan de poste s’avère nécessaire.

- **Le soutien clinique** est jugé essentiel par les intervenantes pour assurer la qualité des interventions. Or, celui-ci est inégal et lacunaire dans plusieurs régions et à tous les niveaux, autant à l'accueil des nouveaux employés qu'auprès des intervenants plus expérimentés. Il est essentiel de créer l'espace et les ressources nécessaires pour que les spécialistes en activités cliniques et les coordonnateurs professionnels puissent jouer pleinement leur rôle et pour que les intervenants aient accès à une supervision répondant à leurs besoins. Pour s'assurer que ce soutien soit fourni aux intervenants, le temps à y consacrer devrait être pris en considération dans les réflexions sur la charge de cas et sur les standards à atteindre.
- **Une formation continue** de qualité, variée et portant sur des thèmes en lien avec la pratique clinique des intervenantes favoriserait la qualité des interventions et le développement d'expertises au sein des établissements. Il s'avère que la formation a été mise de côté au cours des dernières années. Autant les nouveaux intervenants ne peuvent bénéficier d'un accueil leur permettant de s'approprier la pratique en PJ, rappelons-le, complexe, autant les intervenants seniors se font offrir très peu de formations pertinentes. Il est essentiel de pallier cette lacune. Des standards de formation ou de mentorat permettraient que ces activités soient considérées dans la charge de cas des intervenants, tant pour ceux qui les reçoivent que pour ceux qui les dispensent.
- **La variabilité des normes encadrant les pratiques** a été maintes fois soulevée par les intervenantes. La plupart des intervenantes plaident pour une certaine harmonisation des pratiques dans le respect des réalités propres à chaque région, notamment pour faciliter la collaboration lorsque plus d'une direction de la PJ est impliquée dans une situation. De plus, un partage provincial est souhaité de façon que les régions ou les équipes puissent s'inspirer mutuellement et gagner un temps précieux à ne pas refaire le même travail de fond déjà effectué ailleurs. À ce titre, il serait pertinent qu'une recension provinciale des meilleures pratiques cliniques et des initiatives probantes développées ou évaluées localement soit réalisée et diffusée. Plusieurs ont également suggéré la création d'une instance provinciale qui serait en mesure non seulement de mettre de l'avant les bonnes pratiques et de les diffuser dans l'ensemble des établissements, mais également d'établir des balises provinciales en termes de collaboration inter DPJ et de partage d'informations.

3.3. Les enjeux de collaboration avec les partenaires

De nombreux obstacles à une collaboration efficiente avec leurs principaux partenaires (milieu policier, scolaire, judiciaire, communautaire, services de proximité) ont été soulevés par les intervenantes. Cela plaide pour une meilleure compréhension par tous de ce que constitue l'aspect clinique du travail dans un contexte d'autorité tel que la PJ. Il apparaît également essentiel d'effectuer de la sensibilisation auprès des partenaires afin de mieux faire connaître le rôle spécifique de la DPJ. Les partenaires doivent être mieux outillés quant

aux motifs de compromission prévus à la LPJ, qui définissent les situations où la sécurité ou le développement de l'enfant sont ou peuvent être considérés comme compromis.

- **Le milieu judiciaire.** Il est nécessaire de favoriser le dialogue entre les sphères sociale et juridique afin que tous soient outillés tant par rapport aux enjeux cliniques qu'aux enjeux légaux en matière de PJ. Actuellement, la participation des DPJ aux tables socio-judiciaires semble variable selon les régions. De plus, nous ne savons pas si de telles tables existent dans toutes les régions du Québec. Tel que suggéré par certaines intervenantes, il serait pertinent que des tables comprenant les acteurs des milieux sociaux et juridiques soient présentes dans toutes les régions du Québec.
- La situation actuelle concernant l'engorgement du rôle à la Chambre de la jeunesse engendre une discontinuité judiciaire et l'utilisation fréquente de mesures provisoires, au détriment de l'intérêt de l'enfant. Des mécanismes devraient être mis en place afin de limiter le recours à ces mesures et d'amoindrir les impacts de la judiciarisation auprès des familles, notamment en réduisant les délais judiciaires et les multiples reports d'audience.
- **Les services de proximité.** Les intervenantes ont rapporté que les services de proximité se retirent souvent lorsque la DPJ accompagne les familles, ce qui illustre la difficulté de mettre en place un filet de protection autour de celles-ci, dans une optique collaborative. Il apparaît crucial que les services de proximité soient renforcés, d'une part pour que les familles aient accès aux services dont elles ont besoin et d'autre part afin d'éviter que la PJ ne devienne une porte d'entrée pour obtenir des services.

Le portrait brossé par les intervenantes dépeint un système, qui dans sa forme actuelle, apparaît difficilement efficient, difficilement efficace, et donc peu viable à moyen et long terme. Les services y sont caractérisés par la discontinuité, le manque d'accessibilité et l'iniquité. Les intervenantes de la DPJ, malgré tout le dévouement qui les habite pour la cause des enfants en difficulté, semblent à bout de souffle, exténuées. L'intervention auprès des jeunes et de leur famille est colossale, stressante, parfois traumatisante et ce travail ne semble pas reconnu à sa juste valeur. Si les conditions de travail des intervenantes ne sont pas rapidement améliorées, notamment en diminuant les charges de cas et par une valorisation salariale, les difficultés liées à la rétention et au recrutement de personnel ne pourront que se poursuivre, voire s'accroître en raison du contexte actuel hors du commun (pandémie et confinement), où les enjeux de sécurité les concernant semblent relégués encore une fois au second plan dans le déploiement des mesures d'urgence nationales. Mais ça va bien aller.

4. BIBLIOGRAPHIE

- Harvey, J. (1988). Rapport sur l'analyse des activités de réception et de traitement des signalements, et d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse, Montréal, MSSS, 82 p.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121.
- Leclerc, C., Bourassa, B., Picard, F., Courcy, F. (2011). Du groupe focalisé à la recherche collaborative; avantages, défis et stratégies. *Recherches Qualitatives*, 29(3), 145-167.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale des contenus. Méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mayer, R., et Deslauriers, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques, G. Turcotte et al. (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 159-189). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Paillé, P. (1996). Recherche heuristique. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 195). Paris : Armand Colin; Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Les principaux constats des recensions des écrits associés à ceux des entretiens de groupe permettent de dégager un ensemble de conclusions générales qui devraient être prises en considération au moment de la révision des standards de pratique.

- 1) La révision des standards de pratique apparaît comme un exercice plus que nécessaire, notamment en raison des nouvelles réalités sociales et organisationnelles auxquelles sont confrontés les intervenants de la DPJ-PJe.
- 2) Tout travail de révision des standards de pratique ne peut faire l'économie d'une analyse et d'un ajustement du contexte organisationnel dans lequel œuvrent les intervenants de la protection de la jeunesse; le renforcement des ressources organisationnelles constituerait même un préalable. Les intervenants doivent en effet encore composer avec les conséquences et les bouleversements de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux de 2015* (Loi 10). Le roulement de personnel, la perte d'expertise, la détérioration des conditions de travail et de pratique engendrés par ce changement organisationnel majeur constituent tant de facteurs risquant d'influencer négativement le processus d'implantation des nouveaux standards de pratique.
- 3) Avec la loi 10, les intervenants de la protection de la jeunesse ont en outre vu leur organisation d'appartenance et leur mission noyées dans un univers essentiellement médical. Afin de recréer un sentiment d'appartenance et un leadership mobilisateur, favorable à l'implantation et l'impulsion d'une dynamique de changement de pratique, il apparaît nécessaire de :
 - Revaloriser le rôle des cadres et membres de la direction, dont la charge de travail a décuplé au cours des dernières années, afin de leur offrir l'espace nécessaire pour exercer leur leadership;
 - Créer une instance provinciale qui refléterait l'identité propre de l'intervention en PJ et constituerait par ailleurs une ressource de soutien et de partage des meilleures pratiques cliniques et initiatives probantes.
- 4) Les entretiens de groupe ont montré que les intervenants ne connaissent pas forcément leurs standards de pratique qui sont pourtant en cours depuis 30 ans. Ces standards semblent être confondus avec d'autres normes telles que les balises émises dans le Manuel de référence sur la PJ, des normes propres à leur établissement, des cibles ministérielles ou des obligations légales. Lors de l'implantation des nouveaux standards, il sera alors essentiel de se doter d'une stratégie efficace qui guidera le développement, la planification et l'évaluation du processus d'implantation. Il sera également essentiel de fournir les ressources nécessaires pour répondre aux besoins d'accompagnement et de soutien qui émergeront tout au long du processus.
- 5) Dans un contexte où la charge de travail des intervenants est de plus en plus grande, où ils sont confrontés à de nouvelles réalités sociales délicates, complexes et chronophages et où ils doivent composer avec des modifications législatives ayant un

impact non négligeable sur leurs pratiques, les compétences professionnelles des intervenants en PJ doivent être renforcées de manière continue par un ensemble d'activités de soutien clinique, de formation d'appoint et de formation continue. Le mentorat et le soutien par les pairs/collègues apparaissent également des avenues intéressantes, à condition de prévoir l'espace nécessaire.

- 6) La dimension clinique du travail des intervenants en PJ semble avoir été écartée au profit d'une performance évaluée selon un rendement. Il apparaît important de redonner toute la place au clinique en révisant notamment ce qui constitue « une charge de cas ». Celle-ci mérite d'être pondérée en fonction de la complexité des réalités sociales, des situations familiales, et des particularités régionales et linguistiques.
- 7) Le mandat et le rôle du système de protection doivent être mieux connus, reconnus et délimités auprès de ses principaux partenaires (écoles, services de proximité, système de justice), ceci d'autant plus qu'un changement de pratique d'envergure tel que celui induit par la révision des standards, ne se limite pas à la pratique des intervenants; ce changement implique non seulement les infrastructures, les cadres et membres de la direction, et aussi les partenaires cliniques et communautaires sur lesquelles il se répercute.
 - Par ailleurs, la collaboration intersectorielle ou même l'intégration des services, pourtant essentielles pour l'intervention en PJ - et ceci particulièrement avec l'émergence de nouvelles réalités sociales (ex. : immigration, conflits sévères de séparation, exploitation sexuelle, santé mentale) - ne sont pas encore suffisamment efficaces. Il est plus que temps de se doter d'une vision et compréhension commune, de même que des capacités organisationnelles nécessaires pour fluidifier les mécanismes de collaboration ou d'intégration.
- 8) Pour favoriser les chances d'adhésion aux changements qu'impliquera l'implantation des nouveaux standards de pratique, il importe de s'assurer qu'ils correspondent suffisamment aux valeurs, normes organisationnelles et besoins de ses principaux acteurs, qu'ils soient cadres, intervenants, partenaires, mais aussi usagers; lesquels sont encore trop souvent écartés des processus d'implantation.

ANNEXES

Annexe 1 – Obligations, principes et recommandations tirés du *Manuel de référence sur la Protection de la Jeunesse (2010)*

Une analyse lexicale parcellaire des quelques 920 pages du *Manuel de référence sur la Protection de la Jeunesse*⁴⁸ faite à l'aide du logiciel *TextSTAT*⁴⁹ révèle 1700 occurrences du verbe «devoir» (doit ou doivent). La lecture du contexte de ces occurrences (c.-à-d. : phrase d'avant et phrase d'après) permet de repérer certes des obligations légales prévues par la LPJ, mais également divers « principes généraux », « principes de base », « fiches » ou « orientations » tirés d'un ensemble de « guides » et « cadres de référence », anciennement produits par l'ACJQ ou le Programme National de Formation.

Certaines de ces obligations et recommandations de bonne pratique semblent se rapprocher de la notion de standards de pratique. Elles sont donc présentées dans les lignes suivantes afin d'alimenter nos réflexions.

Il est à noter que n'ont pas été inclus les passages se référant spécifiquement à l'adoption et la tutelle (ex: fiches 1.4 et 1.5 du Manuel de référence) puisque ces situations ont été absentes de discussions lors des travaux de notre comité. Ainsi, pourraient être éventuellement ajoutées des occurrences telles que : « *lorsqu'un enfant est à risque ou en situation d'abandon et que son maintien ou son retour dans le milieu familial n'est pas possible, un autre projet de vie doit être élaboré pour lui* ».

N'ont pas davantage été inclus les passages portant sur le processus judiciaire, le partage des responsabilités et la confidentialité des renseignements, ce qui explique que les sections 6, 10 et 11 sont absentes.

Partie 1 - La famille et la société

Section 1 - La famille

Fiche 1.1 - L'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits.

L'intérêt de l'enfant doit être évalué, dans chaque cas, en tenant compte des aspects suivants : ses besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques; son âge, sa santé et son caractère; son milieu familial; les autres aspects de sa situation. L'ensemble de ces aspects doit être pris en considération. On ne peut en retenir un seul au détriment des autres (p. 18).

⁴⁸ Direction des jeunes et des familles (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Québec : ministère de la Santé et des Services Sociaux.

⁴⁹ Hüning, M. (2002). *TextSTAT - Simple Text Analysis Tool*. [en ligne] <http://neon.niederlandistik.fu-berlin.de/en/textstat/>

Section 2 - Le soutien à la famille

Fiche 2.1 - L'État et la famille

L'application des orientations proposées dans l'offre de service doit tenir compte de la nécessité d'adapter les services aux caractéristiques des communautés autochtones et ethnoculturelles, de même qu'au sexe et aux limitations fonctionnelles des personnes (p. 162).

Fiche 2.7 - Les ententes de collaboration - responsabilités communes et réciproques

Pour assurer des services de qualité, chaque partenaire doit reconnaître la réalité, les expériences, les savoirs et les savoir-faire des autres. La prise de décision doit être partagée et, autant que possible, faire consensus (p. 240).

L'Entente multisectorielle se fonde sur les prémisses suivantes (...). Tout enfant, compte tenu de son âge ou de son développement, doit être sensibilisé aux actes d'abus pour être en mesure de les reconnaître et y réagir (...) Toute intervention doit être rapide et concertée parce qu'elle est déterminante pour la protection de l'enfant; il est toutefois nécessaire de respecter le rythme de l'enfant (p. 245-246).

Partie 2 - La Loi sur la Protection de la Jeunesse

Section 3 - Les fondements de la Loi sur la protection de la jeunesse

Fiche 3.3 - Le champ d'application, les objectifs et les principes de la Loi

Les principes de la Loi sur la protection de la jeunesse. Toute intervention auprès d'un enfant et de ses parents doit privilégier les moyens qui leur permettent de participer activement à la prise de décision et au choix des mesures qui les concernent (art. 2.3 LPJ) (p. 310).

Toute décision doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial. Lorsque ce maintien n'est pas possible, la décision doit tendre à assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées aux besoins et à l'âge de l'enfant, auprès des personnes qui lui sont significatives (p. 310).

Selon le principe de la *participation active*, l'enfant et ses parents doivent être consultés régulièrement. De plus, (...) lorsque l'enfant est hébergé dans une famille d'accueil ou un centre de réadaptation, les parents et l'enfant doivent être mis à contribution tout au long de l'intervention. Dans toute la mesure du possible, l'intervenant doit favoriser des contacts réguliers entre l'enfant et ses parents au cours de l'hébergement en fonction des objectifs prévus dans le plan d'intervention (p. 315-316).

Article 4 LPJ - L'intervenant doit miser non seulement sur les forces immédiates de la famille, mais aussi sur les différents réseaux d'appui familiaux, communautaires et institutionnels (p. 319).

La continuité des soins et la stabilité des liens. La LPJ reconnaît l'importance d'assurer la « continuité des soins à l'enfant » placé en dehors de son milieu familial. La notion de « soins » doit être appréciée dans son sens le plus large. Elle comprend non seulement les soins primaires quotidiens inhérents à la prise en charge d'un enfant, mais aussi les soins médicaux et psychosociaux (p. 319).

La participation de la communauté – Article 2.3 LPJ. Le DPJ a l'obligation d'informer l'enfant et ses parents sur les ressources d'aide disponibles et il doit les diriger, de façon personnalisée, vers les ressources appropriées s'ils y consentent (art. 45.1, 50 et 57.2 LPJ). Il faut garder à l'esprit que l'intervention du DPJ doit tendre à être la plus courte possible dans la vie d'une famille et qu'elle doit prendre fin dès que la sécurité et le développement de l'enfant ne sont plus compromis (p. 322).

Fiche 3.4 – Les droits de l'enfant et de ses parents

Le droit de refus. Dans le cadre d'une entente sur les mesures volontaires. Lorsque le DPJ propose à l'enfant et à ses parents l'application de mesures volontaires, il doit informer les parents et l'enfant de 14 ans et plus de leur droit de refuser de telles mesures. Par ailleurs, il doit favoriser l'adhésion, à l'entente, de l'enfant de moins de 14 ans lorsque ses parents acceptent l'application de mesures volontaire (p. 340).

Section 4 - Le concept de protection et les situations visées par la Loi

Fiche 4.1 : Le concept de protection

Le rôle du DPJ consiste principalement à fournir aux parents des mesures d'aide appropriées. Par conséquent, toute intervention auprès d'une famille doit favoriser la participation des parents et de l'enfant, et ce, à toutes les étapes du processus d'intervention (p. 359).

Les facteurs d'analyse de la situation - La nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés. Lorsque le DPJ procède à l'analyse de la situation, il doit d'abord considérer les faits (art. 38.2 a) LPJ). Les interrogations de base sont les suivantes: les faits signalés existent-ils ou ont-ils existé? Quelles sont leurs caractéristiques? Quelles sont leurs conséquences sur l'enfant? Un examen rigoureux des faits signalés doit être effectué. Il s'agit non seulement d'étudier le comportement du parent ou celui de l'enfant, mais aussi de déterminer et d'évaluer les conséquences ou la possibilité de conséquences sur ce dernier (p. 363).

L'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant constituent également des facteurs dont le DPJ doit systématiquement tenir compte dans l'analyse de la situation afin de déterminer le degré de vulnérabilité de l'enfant (art. 38.2 b) (p. 364).

La capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant doivent aussi être examinées (art. 38.2 c) LPJ). L'interrogation de base est la suivante : en ce qui concerne les faits qui peuvent constituer pour l'enfant une situation de compromission, que font, que veulent faire ou que peuvent faire les parents?

Les ressources du milieu. L'analyse de la situation doit non seulement porter sur l'enfant et ses parents, mais aussi sur l'ensemble des ressources du milieu qui peuvent leur venir en aide (art. 38.2 d) LPJ). L'évaluation du DPJ doit permettre de vérifier s'il existe, dans l'environnement immédiat de l'enfant, une ou des personnes significatives, autres que ses parents, ou d'autres ressources pouvant contribuer à la protection de l'enfant (p. 365).

Fiche 4.2. Les situations visées par la Loi sur la Protection de la Jeunesse

Négligence. Pour statuer que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, le DPJ doit analyser les faits et déterminer l'incapacité des parents de répondre aux besoins fondamentaux de leur enfant dans les différentes sphères de sa vie : personnelle, familiale, scolaire et sociale. Il doit également déterminer les conséquences des comportements parentaux sur l'enfant. La LPJ identifie, de manière particulière, trois types de négligence. Il s'agit de la négligence sur le plan physique, sur le plan de la santé et sur le plan éducatif (p. 376).

Mauvais traitements psychologiques. Ainsi, tout en utilisant les facteurs d'analyse énoncés à l'article 38.2 de la LPJ, le DPJ doit particulièrement évaluer la gravité et la chronicité des actes commis envers l'enfant et évaluer leurs conséquences ou la possibilité de conséquences sur celui-ci. Il devra notamment vérifier : la fréquence des conduites inappropriées; l'intensité des conduites inappropriées; la durée de ces conduites; la concomitance de ces mauvais traitements psychologiques avec d'autres formes de mauvais traitements (p. 381).

Abus sexuels. L'analyse de la situation doit, notamment, prendre en considération les éléments suivants : la partie du corps touchée; la nature du geste d'abus; les paroles et les comportements accompagnant le geste d'abus (dénigrement, menaces, utilisation ou non de la force physique); le contexte dans lequel le geste d'abus s'est produit; le lien d'autorité entre l'abuseur présumé et l'enfant; les autres circonstances entourant la conduite de l'abuseur présumé (p. 385).

Le DPJ doit évaluer tout particulièrement les moyens effectivement utilisés par les parents pour assurer la protection de l'enfant. La banalisation ou la négation de la situation par un parent doit notamment inciter le DPJ à faire une analyse plus poussée (p. 387).

Abus physiques. Lorsque l'abuseur présumé est un parent ou un autre adulte, l'analyse de la gravité des gestes d'abus et des conséquences sur l'enfant guide le DPJ quant à la possibilité d'une divulgation de la situation à la police et au procureur aux poursuites criminelles et pénales. Cette divulgation est faite dans le contexte de l'application de l'Entente multisectorielle. Le DPJ doit alors apprécier la gravité de la situation en considérant plusieurs éléments contextuels, parmi lesquels la vulnérabilité de l'enfant, les circonstances, la nature du lien entre l'enfant et le présumé abuseur ainsi que la récurrence des gestes d'abus (p. 388).

Troubles de comportement sérieux. L'évaluation des troubles de comportement doit particulièrement tenir compte des éléments suivants : les conséquences des comportements de l'enfant sur son intégrité physique ou psychologique ou sur celle d'autrui; la capacité et la volonté des parents d'assumer adéquatement leur rôle parental et de prendre les moyens

pour mettre fin à la situation; la volonté de l'enfant de 14 ans et plus de recourir à l'aide nécessaire pour corriger la situation (p. 390).

L'évaluation des troubles de comportement sérieux doit tenir compte de l'intensité des comportements, de leur persistance, de leur étendue dans les différentes sphères de la vie de l'enfant (familiale, scolaire, sociale et personnelle) et de leur fréquence (p. 391).

Section 5 - Le processus d'intervention

Fiche 5.2 : La réception et le traitement du signalement

L'étape RTS constitue une étape charnière du processus d'intervention. Elle doit permettre de déceler non seulement les situations qui requièrent une évaluation plus en profondeur, mais aussi les situations à plus faible risque pour lesquelles l'enfant et ses parents peuvent avoir besoin du soutien des ressources de la communauté (p. 424).

L'intervenant qui reçoit le signalement doit donc accorder au signalant toute la crédibilité nécessaire afin de favoriser sa confiance envers le système de protection de la jeunesse. Il doit également être en mesure d'expliquer sa décision, peu importe que le signalement soit retenu ou non (p. 427).

Lorsque le signalement n'est pas retenu. Si le directeur ne retient pas un signalement pour évaluation, il doit en informer la personne qui avait signalé la situation. De plus, lorsque la situation le requiert, il doit informer l'enfant et ses parents des services et des ressources disponibles dans leur milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et des ressources disponibles dans leur milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources (p. 435).

Fiche 5.4 - L'entente provisoire

Le directeur, lorsqu'il propose à l'enfant et ses parents l'application d'une entente provisoire, doit les informer que l'enfant de 14 ans et plus et ses parents peuvent refuser de consentir à une telle entente. Il doit cependant favoriser l'adhésion de l'enfant de moins de 14 ans à l'entente lorsque ses parents acceptent l'application d'une entente provisoire. Le directeur doit également les informer qu'ils peuvent mettre fin en tout temps à cette entente et que leur accord ne constitue pas une reconnaissance du fait que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis (p. 454).

Fiche 5.5 : L'évaluation de la situation

La vérification des faits. L'intervenant responsable de l'évaluation doit vérifier l'information colligée lors du signalement et recueillir de l'information additionnelle auprès de l'enfant et de ses parents ainsi qu'auprès de toute autre personne en mesure de lui fournir des renseignements qui lui permettront de statuer sur la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant (p. 473).

L'analyse de la situation. À partir de l'information recueillie, l'intervenant responsable de l'évaluation doit procéder à l'analyse de la situation familiale et sociale de l'enfant. Les facteurs d'analyse utilisés dans l'évaluation de la situation sont précisés dans la LPJ. Ce sont les mêmes qu'à l'étape de la réception et du traitement des signalements (p. 477).

Fiche 5.6 - L'orientation : le régime volontaire

Le choix du régime. Pour décider du régime, le DPJ doit à la fois apprécier l'opportunité de choisir le régime volontaire ou le régime judiciaire et procéder à un premier examen des mesures qui lui semblent appropriées pour mettre fin à la situation de compromission et éviter que cette situation ne se reproduise (p. 490).

Pour décider d'opter pour le régime volontaire, le DPJ doit prendre en considération les trois critères suivants: la reconnaissance de l'existence d'un problème, la motivation et les capacités de changement des parents et de l'enfant (ACJQ, 2010 : 10-12) (p. 492).

Pour l'application du présent article, le directeur doit, dans la mesure du possible, faire appel aux personnes ou organismes œuvrant dans le milieu de vie de l'enfant. Il doit également s'assurer que les services requis sont dispensés à l'enfant ou à ses parents aux fins de l'exécution des mesures volontaires (p. 497)

Fiche 5.9 : L'exécution de l'entente sur les mesures volontaires ou de l'ordonnance

La communication avec l'enfant et ses parents. Afin de voir à l'exécution de l'entente sur les mesures volontaires et à celle de l'ordonnance, l'intervenant responsable de l'application des mesures a également la responsabilité de communiquer régulièrement avec l'enfant et ses parents. De plus, il doit connaître les conditions de vie de l'enfant en se rendant sur les lieux le plus souvent possible, en particulier lorsque l'enfant est maintenu dans son milieu familial (p. 537)

L'intervenant responsable de l'application des mesures se doit d'inventorier et de bien connaître l'ensemble des ressources d'aide disponibles dans le milieu de vie de l'enfant (p. 538).

Les fonctions de la personne autorisée. Les responsabilités de la personne autorisée en vertu de l'article 33 de la LPJ s'exercent à travers trois grandes fonctions : la fonction d'aide, conseil et assistance, la fonction de contrôle et la fonction de surveillance (p. 540).

L'intervenant responsable de l'application des mesures doit expliquer à l'enfant et aux parents le contexte d'intervention de même que les moyens privilégiés pour corriger la situation. Il doit le faire avec le maximum d'empathie, d'objectivité, de transparence et de rigueur possible (p. 543).

Fiche 5.10 – La révision de la situation de l'enfant

Le DPJ doit réviser périodiquement la situation de chaque enfant pris en charge. Il doit vérifier si toutes les mesures sont prises pour assurer la réinsertion sociale et familiale de l'enfant. Cette révision a pour fin de déterminer si la situation, dans laquelle se trouve l'enfant, justifie des mesures additionnelles ou différentes de celles qui sont appliquées. Les modalités et les délais de la révision sont établis par règlement (art. 57, 132 et 133 LPJ) (p. 557).

Dans le cadre de la révision, si le retour de l'enfant dans son milieu familial n'est pas possible, le DPJ doit s'assurer de la continuité des soins et de la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant qui sont appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente (art. 57 LPJ) (p. 558).

La révision de la situation de l'enfant placé depuis un an en vertu de la LSSSS. Il appartient à l'établissement responsable du placement d'un enfant, et non pas au DPJ, d'inventorier ces situations. Des ententes doivent être prises entre le centre jeunesse et les établissements concernés afin, notamment : a) d'identifier les enfants dont la situation doit être ainsi révisée; b) de procéder à la révision de ces situations avec la collaboration des intervenants déjà engagés auprès de ces enfants et de leurs parents; c) de prendre, au besoin, les mesures nécessaires pour corriger certaines situations (p. 573).

Les rôles et responsabilités des personnes concernées. L'enfant et ses parents sont invités à participer activement à la révision de la situation. La révision doit, notamment, permettre aux parents de donner leurs points de vue sur le retour de leur enfant dans le milieu familial et, si un tel retour n'est pas possible, sur leur implication auprès de leur enfant et sur les moyens qu'ils prennent pour exercer leurs responsabilités parentales. La révision doit également permettre à l'enfant d'exprimer son point de vue, dans la mesure de ses capacités (p. 576).

Fiche 5.11 – La fin de l'intervention

La fin de l'intervention du DPJ ne doit pas être confondue avec la fin de la prestation des services. En effet, l'enfant et ses parents peuvent avoir besoin d'aide même si la sécurité ou le développement de l'enfant n'est pas ou n'est plus compromis ou si l'enfant a atteint l'âge de sa majorité (p. 593).

Dans toute la mesure du possible, une référence personnalisée doit être privilégiée afin d'assurer la continuité et la complémentarité des services. Au besoin, le DPJ peut aussi conseiller l'enfant et ses parents sur le choix des personnes ou des organismes qui peuvent les accompagner (p. 594).

Lorsqu'un enfant dont la sécurité ou le développement est compromis atteint l'âge de 18 ans. Le DPJ doit porter une attention particulière à la transition, vers la vie autonome, de l'enfant qui atteint sa majorité et, lorsque nécessaire, l'aider dans ses démarches d'intégration sociale et professionnelle (p. 594).

Section 7 – Les plans d'intervention

Fiche 7.1 – Le plan d'intervention

Dans le cadre de l'application de la LPJ, un plan d'intervention (PI) doit généralement être élaboré à l'intérieur d'un délai maximal de 30 jours après le début ou le renouvellement d'une entente sur les mesures volontaires ou d'une ordonnance (p. 650).

L'analyse clinique. À partir de l'ensemble de l'information recueillie, l'intervenant responsable de l'application des mesures analyse les besoins, les forces et les difficultés de l'enfant et de ses parents, et il porte un jugement clinique. Cette analyse doit également prendre en considération l'évaluation du risque d'instabilité et de discontinuité pour l'enfant (p. 650).

Dès le début de l'intervention, l'intervenant responsable de l'application des mesures doit, en collaboration avec l'enfant et ses parents, déterminer le projet de vie privilégié pour l'enfant. De plus, s'il y a lieu, dans les situations qui présentent un risque de discontinuité ou d'instabilité, il doit déterminer un projet de vie alternatif (p. 651).

Un objectif doit notamment être observable et mesurable. Il doit préciser le comportement attendu de la personne, les conditions de réalisation et certains indicateurs de réussite (p. 652).

Le plan d'intervention (PI) doit intégrer les attentes de l'enfant et des parents dans la formulation des objectifs et des moyens (p. 652).

Les objectifs doivent décrire spécifiquement les changements que l'enfant ou les parents doivent apporter (p. 652).

L'objectif doit être « ajusté », au sens de « taillé sur mesure », et pertinent à la situation particulière de l'enfant et de ses parents, plutôt qu'établi d'une manière standardisée qui conviendrait à tous les enfants et à tous leurs parents (p. 652).

Un échéancier précis avec une durée et des fréquences d'intervention doit être élaboré pour que l'objectif puisse raisonnablement être atteint. L'échéancier peut également servir d'indicateur additionnel pour mesurer l'atteinte d'un objectif. Pour chaque objectif, une indication relative au temps (délai, durée, fréquence) doit être précisée (p. 652).

Fiche 7.3. - Le plan d'intervention à l'intention de la famille d'accueil

Lorsqu'un enfant est hébergé en famille d'accueil, le centre jeunesse doit fournir de l'information à la famille d'accueil afin que celle-ci soit en mesure de répondre de façon adéquate aux besoins de l'enfant (p.673).

Lorsque le plan d'intervention à l'intention de la famille d'accueil (PIFA) concerne plusieurs intervenants du centre jeunesse, il doit y avoir concertation pour convenir des responsabilités dévolues à chacun (p. 680).

Section 8 - La continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie

Fiche 8.1 – Les projets de vie

Le projet de vie doit être permanent tant sur le plan physique - le milieu de vie et le lieu d'appartenance - que dynamique – la personne avec qui l'enfant vit et avec qui il peut développer un lien d'attachement durable. (ACJQ, 2009 : 8) (p.690)

Une démarche de clarification du projet de vie de l'enfant doit être entreprise dès qu'un risque d'instabilité ou de discontinuité est dépisté (ACJQ, 2009 : 21) (p.692).

Quel que soit le contexte du retrait de l'enfant de son milieu familial, un accompagnement doit être offert à l'enfant, en fonction de son âge et de sa capacité à comprendre la situation. Cet accompagnement peut se traduire par des explications, adaptées pour l'enfant, sur les raisons du retrait, le lieu où il sera hébergé, la durée de son séjour à l'extérieur de la famille, la possibilité d'apporter un objet de transition ou un jouet significatif pour lui (p. 700).

Le projet de vie dans une famille d'accueil. La recherche de permanence doit guider le DPJ dans le choix de la ressource qu'il désigne. Afin que l'hébergement en famille d'accueil puisse répondre à l'objectif d'un projet de vie, soit la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de façon permanente, la ressource choisie doit être en mesure de recevoir l'enfant à long terme (p. 714).

Le projet de vie axé sur l'autonomie. Le DPJ met fin à son intervention parce que l'enfant atteint l'âge de 18 ans, il doit, si la situation le requiert, informer l'enfant et ses parents des services et des ressources disponibles dans leur milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. Il doit, s'ils y consentent, les diriger vers les établissements, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide et transmettre à celui qui dispense ces services l'information pertinente sur la situation (p. 717).

Section 9 - L'hébergement en unité d'encadrement intensif

Au cours de son séjour en unité d'encadrement intensif, l'enfant doit bénéficier d'un accompagnement clinique soutenu et personnalisé de la part du personnel (art. 2 Règlement sur les conditions du recours à l'hébergement en unité d'encadrement intensif). Cela se traduit notamment par la désignation d'un éducateur responsable du suivi individuel de l'enfant. L'enfant doit également bénéficier des services, dont la scolarisation, et des activités de réadaptation. Le plan d'intervention (PI) de l'enfant doit également tenir compte de cette situation (p. 768).

Annexe 2 – Modèles d’implantation (Hanson et al, 2016; Albers et al, 2017)

Modèle -stratégie	Description
<p>AIF – Active Implementation Framework (Metz et al, 2014 ; Metz et Bartley, 2012)</p>	<p>Clés : a) Moteurs de l’implantation ; b) Se concentre sur la durabilité depuis les phases initiales de l’implantation.</p> <p>4 étapes :</p> <p>1) Exploration (examiner si la PFDP répond aux besoins de la communauté ou de l’organisation et si son implantation est faisable ;</p> <p>2) installation (certains changements organisationnels doivent précéder l’adoption du programme, par ex., le développement de voies de référence, assurer de ressources financières, achat d’équipement, établir les compétences des praticiens) ;</p> <p>3) implantation initiale (mettre en pratique le nouveau programme ; utiliser des données pour évaluer l’implantation et surmonter les obstacles, identifier les problèmes et les moyens pour les résoudre) ;</p> <p>4) implantation complète (le programme fait partie de la pratique régulière de l’organisation et l’infrastructure de soutien à la PFDP en est place).</p> <p>La pérennisation est intégrée à chaque étape au lieu d’être perçue comme une étape finale. Les <u>moteurs d’implantation</u> soutiennent le changement au niveau de la pratique, l’organisation et le système. Trois types de moteurs :</p> <p>a) de compétence (mécanismes requis pour soutenir et maintenir les habiletés des praticiens à implanter un programme ;</p> <p>b) organisationnels : mécanismes qui aident à développer et soutenir une organisation à rendre son environnement disposé à l’implantation et à la pérennisation d’une innovation;</p> <p>c) de leadership : mécanismes qui soutiennent les leaders de l’organisation à relever les défis qui surviennent pendant l’implantation.</p> <p>Exemple d’application : L’AIF a été utilisé avec succès lors de l’implantation du Child Well Being Project dans le système de protection de l’enfance du Caroline du Nord (adressé aux enfants placés et à leurs familles). Ce projet comprenait l’implantation de trois PDP : le Parent-Child Interaction Therapy, le Strengthening Families Program et le Success Coach (service de visite à domicile incluant une gestion de cas améliorée). Au cours des années 2000, ce modèle fait partie de ceux supportés par le Child Bureau (États-Unis) et ces centres de soutien à l’implantation.</p>
<p>EPIS (Exploration, Preparation, Implementation, Sustain) Aarons et al, 2011; 2012</p>	<p>Clés : Interaction entre les contextes externe et interne pour promouvoir la réussite de l’implantation.</p> <p>Quatre <u>étapes</u> ou phases : Exploration, Adoption/Préparation, Implantation et Pérennisation (<i>Sustainment</i>). Accent sur les facteurs des contextes interne et externe qui influencent la réussite de l’implantation.</p>

Modèle -stratégie	Description
	<p><u>Contexte interne</u> : a) individus : attitudes et expérience, b) caractéristiques de l'agence/organisation : culture et climat organisationnels qui peuvent faire obstacle ou promouvoir l'implantation ; c) caractéristiques de leadership. <u>Le contexte externe</u> : politiques existantes (au niveau local, état, régional, national), disponibilité de financement, climat politique. Ces facteurs peuvent agir différemment à travers les phases d'implantation.</p> <p>Les phases d'<u>exploration</u> et de <u>préparation/adoption</u> commencent par la prise de conscience d'un problème auquel est confrontée une organisation ou par l'intérêt d'intégrer une meilleure méthode pour relever un défi organisationnel existant. Les contextes externes et internes peuvent encourager ou décourager l'exploration et la préparation. La phase d'implantation est fortement influencée par le contexte extérieur du financement, car les ressources budgétaires sont nécessaires pour les activités d'implantation. La structure, les objectifs et la mesure dans laquelle une organisation est prête à changer sont également des mécanismes importants qui font avancer le processus d'implantation. La phase de <u>pérennisation</u> est moins développée par les auteurs, mais il appert qu'un leadership fort, des politiques qui soutiennent le maintien en puissance et un financement continu semblent nécessaires pour pérenniser les EBP. La prestation régulière par du personnel qualifié, de manière fidèle, suivie en continu par les développeurs ou par des experts locaux, est également essentielle.</p> <p>Exemple d'application : Implantation du programme fondé sur de données probantes « SafeCare » qui inclut des interventions à domicile visant la prévention ou la réduction du risque de maltraitance d'enfants.</p> <p>C'est un de modèles soutenus par les centres de soutien à l'implantation du Child Bureau.</p>
<p>ISF (Interactive Systems Framework) Wandersman et al., 2008</p>	<p>Développé comme un modèle heuristique pour comprendre l'interaction des différents systèmes nécessaire à l'implantation de PDP. Ces trois systèmes interreliés sont :</p> <p>a) le système de <u>synthèse et "traduction"</u> de la prévention/intervention dont le rôle consiste à résumer les informations à propos de la PFDP, les rendre accessibles et compréhensibles pour les utilisateurs et faciliter leur utilisation ;</p> <p>b) <u>Système de soutien</u> dont les fonctions sont : le renforcement des <u>capacités spécifiques</u> à l'innovation (spécifiques à la PFDP, par ex. soutien aux décisions, à la formation spécifique, à la supervision et au suivi ainsi que l'assistance technique tout au long de l'implantation ; et le <u>renforcement</u></p>

Modèle -stratégie	Description
	<p><u>général des capacités</u> au sein de l'organisation (améliorer l'infrastructure, les compétences et la motivation d'une organisation sans égard à la PFDP, par ex. la demande de subventions, le développement de partenariats, l'amélioration des compétences de leadership);</p> <p>c) le <u>système de prestation des services</u> qui comprend les activités d'implantation dans les milieux cliniques.</p> <p>L'interaction de ces 3 systèmes augmente les chances de réussite de l'implantation. Les informations rassemblées sur une PFDP par le système de synthèse et de traduction ne peuvent pas être appliquées en milieu clinique par le système de prestation de services sans l'infrastructure organisationnelle nécessaire fournie par le système de soutien.</p> <p>Exemple d'application : L'ISF est l'un de modèles qui ont obtenu de soutien financier de l'Office on Child Abuse and Neglect pour améliorer la capacité d'implantation des PFDP basées dans la communauté et axées sur la prévention. Le Children's Bureau a agi de manière semblable en procurant une assistance technique et une expertise pour l'implantation.</p>
<p>CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research)</p> <p>Damschroder et al., 2009</p>	<p>Clé : Fusionne les concepts communs des cadres existants pour guider les évaluations d'implantation et l'interprétation des résultats. Considéré comme un modèle métathéorique pragmatique.</p> <p>Cinq domaines principaux qui reflètent les composantes essentielles de la majorité de cadres recensés :</p> <p>a) caractéristiques de la PFDP (les composantes essentielles et les éléments de la PFDP qui peuvent être adaptables au site d'implantation);</p> <p>b) paramètres externes (l'environnement social, économique et politique de l'organisation) ;</p> <p>c) paramètres internes (contexte structurel, politique et culturel dans lequel l'implantation aura lieu);</p> <p>d) caractéristiques individuelles (les personnes qui exécuteront la PFDP dont certaines de leurs caractéristiques influenceront le processus d'implantation, ex. les attitudes face à l'intervention);</p> <p>f) processus global d'implantation (le processus dans lequel les individus et les organisations s'engagent : détermination et exécution d'un plan d'action, engagement des champions, obtention de retours sur les efforts d'implantation).</p> <p>Exemple d'application : Implantation des PDP dans le secteur de la santé mentale des enfants et adolescents</p>

Modèle -stratégie	Description
<p data-bbox="199 237 386 306">Learning Collaborative</p> <p data-bbox="199 359 513 590">Langley, Moen, Nolan, Nolan et Norman, 2009 ; Markiewicz, Ebert, ling, Amaya-Jackson et Kisiel, 2006)</p>	<p data-bbox="537 237 1562 348">Clés : A) Les équipes d'implantation (agence) incluent des fournisseurs de terrain, des superviseurs et des cadres supérieurs. B) Emphase sur l'amélioration de la qualité et les stratégies actives d'apprentissage.</p> <p data-bbox="537 396 1562 831">Adaptation du cadre de <i>l'Institute for Healthcare Improvement</i>. Il comprend une multitude de méthodes pour soutenir le changement à travers différents niveaux d'une agence et étendre ainsi les PFDP à tous les sites de services de santé. Le cadre LC inclut une combinaison d'activités initiales d'exploration et de préparation (per ex., évaluation de l'état de préparation, sélection d'agences), formation en personne (sessions d'apprentissage), coaching/consultations par téléphone et une emphase sur les stratégies d'amélioration de la qualité (ex. Plan-DO-Study-Act - PDSA), pour promouvoir le changement durable. Les équipes d'agence et les formations incluent les fournisseurs de première ligne, des superviseurs et des cadres supérieurs.</p> <p data-bbox="537 879 1562 1071">Exemple d'application : Le National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) a désigné le Learning Collaborative comme l'un des principaux cadres d'implantation pour divers PFDP axés sur les traumatismes pour les services adressés aux jeunes victimes d'abus ou de traumatismes, par exemple le Trauma-focused – Cognitive Behavioral Treatment.</p>

Annexe 3 – Descriptif des études incluses dans la revue sur les conflits sévères de séparation

Auteurs	But de l'étude	Devis	Méthode	Échantillon
Godbout, Saini et Turbide (2018) Canada (Québec)	Mieux comprendre le point de vue et les besoins des intervenants en PJ qui sont confrontés à des CSS dans les dossiers dont ils ont la charge.	Étude primaire - devis mixte	Questionnaire en ligne (questions à choix de réponse et questions ouvertes). Traduction et adaptation d'un questionnaire utilisé en Ontario (Houston, Bala et Saini, 2017)	309 intervenants (RTS, ÉO, AM et Révision, CR, SAC) de 4 établissements du RSSS
Houston, Bala et Saini (2017) Canada (Ontario)	Documenter la prise en charge des CSS à partir de plusieurs types de recueils de données.	Étude primaire - devis mixte	Analyse de décisions judiciaires rendues entre 2010 et 2015 et qui impliquent un litige concernant la garde ou des CSS Questionnaire en ligne Entrevues (téléphoniques)	210 décisions judiciaires 208 intervenants, superviseurs de la PJ 64 intervenants de la PJ et du système judiciaire
Malo, Morin, Moreau, Hélie et Lavergne (2018) Canada (Québec)	Illustrer l'ampleur des défis auxquels sont exposés les intervenants en PJ qui sont confrontés à des CSS et les adaptations requises à leur pratique habituelle.	Étude primaire - devis qualitatif	Études de cas	3 cas issus d'une étude plus large (29 intervenants É-O et AM)
Saini, Black, Lwin, Marshall, Fallon et Goodman (2012) Canada (Ontario)	Explorer l'expérience des intervenants en PJ lorsqu'ils travaillent avec des familles en CSS et rendre compte de leurs collaborations avec les autres professionnels impliqués.	Étude primaire - devis qualitatif	4 entretiens de groupe	28 intervenants en PJ

Auteurs	But de l'étude	Devis	Méthode	Échantillon
Sudland (2020) Norvège	Recueillir le point de vue et les perceptions des intervenants en PJ sur leur rôle, leurs responsabilités et les défis auxquels ils font face dans la prise en charge des CSS.	Étude primaire - devis qualitatif	6 entretiens de groupe 6 entretiens individuels	2 gestionnaires en PJ 5 chefs de service en PJ 24 travailleurs sociaux en PJ

Annexe 4 - Descriptif des études incluses dans la revue rapide sur les réseaux sociaux

Auteurs	But de l'étude	Devis	Échantillon
Braciszewski et al. (2019) États-Unis	Évaluation des effets du programme I-Help, une intervention motivationnelle de réduction de la consommation à l'aide d'un suivi de l'intervenant par ordinateur ou d'une application mobile	Essai randomisé contrôlé à mesures répétées	Jeunes adultes (18-19 ans) sortant d'une famille d'accueil et présentant des problèmes de consommation
Fitch (2012) États-Unis	Implication des jeunes dans l'élaboration des politiques concernant l'utilisation de l'internet et des médias sociaux	Revue de littérature sans protocole méthodologique	Jeunes en famille d'accueil
Good et Mishna (2019) Canada	Approche individualisée de résilience qui cherche à soutenir les jeunes à faire face aux risques du numérique, les aider à réfléchir de manière critique à l'influence et aux implications de l'utilisation des médias numériques et à favoriser le développement de liens prosociaux.	Étude qualitative	Adolescents (12-18 ans) en centre de réadaptation (santé mentale)
Kirkaburun et al. 2019 Turquie	Lien entre utilisation inadéquate d'internet et une image de soi négative	Étude corrélacionnelle	Adolescents ayant une histoire de maltraitance
Macdonald et al. (2017) Royaume-Uni	Utilisation du téléphone mobile pour gérer les contacts de l'enfant avec la famille	Étude qualitative	Enfants et adolescents en famille d'accueil
Maupas (2019) France	Utilisation des technologies pour maintenir les contacts parent-enfant, ainsi que la conduite à tenir par les intervenants	Étude qualitative	Enfants en situation de placement dans des foyers d'accueil et un service de visite à domicile
May-Chahal et al. (2014) Royaume-Uni	Évaluation de la vulnérabilité de l'enfant dans la communication médiatisée par un ordinateur.	Avis d'expert	Enfants suivis par la protection de la jeunesse

Negrif et Valente (2016) États-Unis	Lien entre la composition du réseau social et l'utilisation (in)adéquate des réseaux sociaux.	Étude corrélacionnelle	Jeunes adultes ayant une histoire de maltraitance
Oshri et al. (2014) États-Unis	Lien entre la sévérité des abus des jeunes femmes (physique vs sexuel), la composition du réseau social et la consommation (alcool, drogue).	Étude corrélacionnelle	Jeunes femmes ayant une histoire d'abus sexuel ou physique
Pridgen (2010) États-Unis	Présentation de différentes interventions cliniques en lien avec l'utilisation d'internet ou des réseaux sociaux et les problématiques particulières des jeunes.	Avis d'expert	Jeunes en centre de réadaptation
Sage et Sage (2016) États-Unis	Politique et procédures concernant le professionnalisme des intervenants sociaux dans leur recours aux médias sociaux, notamment dans les communications avec les usagers.	Revue de littérature sans protocole méthodologique	Intervenants sociaux suivant les jeunes de la protection de la jeunesse
Sen (2010) Royaume-Uni	Gestion des contacts familiaux (fratrie, parents) via les technologies d'information (TIC, média social, e-mail).	Étude qualitative	Intervenants sociaux suivant les jeunes de la protection de la jeunesse
Yates, Gregor et Havikand , 2012 États-Unis	Lien entre maltraitance des enfants, alexithymie, et utilisation problématique d'internet.	Étude corrélacionnelle	Jeunes adultes ayant une histoire de maltraitance
Worsley et al. 2018 Royaume-Uni	Histoire de maltraitance, attachement, dépression et utilisation problématique des médias sociaux	Étude corrélacionnelle	Jeunes adultes ayant une histoire de maltraitance

Annexe 5 - Descriptif des études incluses dans la revue rapide sur l'exploitation sexuelle

Auteurs	But de l'étude	Devis	Méthode	Échantillon
Baird, McDonald et Connolly (2020)	Mieux comprendre le risque accru des jeunes en protection d'être impliqué dans des situations d'exploitation sexuelle	1. Étude primaire de type quantitatif	Analyses secondaires des cas d'exploitation sexuelle entre 2008 et 2016 en Ontario	Dossiers de 223 victimes de sexe féminin âgées de 16, ans en moyenne, dont 52 desservis par les services de protection
Choi (2015)	Faire ressortir les principaux facteurs de risque de l'exploitation sexuelle	1. Revue systématique	Bases de données consultées : CINAHL, PsychINFO, Medline	30 articles publiés entre 1980 et 2014
Franklin, Brown et Brady (2018)	But de la recension incluse dans l'étude : Identifier les facteurs associés à l'augmentation ou à la diminution de la vulnérabilité à être victime d'exploitation sexuelle et revoir dix outils d'évaluation employés au Royaume-Uni.	1. Revue rapide 2. Entrevues qualitatives avec des professionnels (<i>rapid evidence assessment</i>)	Bases de données consultées : National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Cochrane Systematic Review, ASSIA, PsychINFO, Social Sciences Citation Index, Google Scholar, littérature grise du Royaume Uni	4 articles (dates de publication non spécifiées) 17 praticiens
Hounmrenou, et O'Grady (2019)	Revoir et critiquer la réponse des services offerts en situation d'exploitation sexuelle aux États-Unis	1. Revue de littérature	Non mentionné	Non mentionné
Lanctôt, Couture, Couvrette, Laurier, Parent, Paquette et Turcotte (2018)	Mieux comprendre les pratiques qui favorisent le désistement de la prostitution chez les filles et les femmes (deuxième question de recherche)	1. Revue systématique 2. Étude primaire de type qualitatif et quantitatif	Bases de données consultées : PsychINFO, Social Work ABSTRACT, Medline, Francis, NCJRS Analyses secondaires des dossiers d'adolescentes placées dans les services de protection Entrevues individuelles	158 articles publiés à partir de l'année 2000 125 dossiers d'adolescentes placées 20 femmes impliquées dans la prostitution et 21 intervenants

Annexe 6 - Descriptif des études incluses dans la revue rapide sur la coordination des services

Programmes	Grille AMSTAR	Nombre d'études	Population cible	Description de la collaboration
Bouchard et al. (2019)	Très faible	N.A.	Secteur jeunesse.	Intégration des services 1 ^{re} et 2 ^e ligne
Macvean et al. (2018)	Faible	44	Protection de la jeunesse et violence familiale	Identification des facilitateurs à la collaboration pour guider l'élaboration des guides et du développement de la pratique.
Naert et al. (2017)	Moyenne	28	Jeunes (12-25 ans) recevant différents types de soins, plus spécifiquement dans des domaines de soins déjà fortement organisés tels que les soins de santé (mentale) et les soins spécialisés aux jeunes.	Faire état des travaux sur la conceptualisation de la continuité relationnelle des soins spécifique à la jeunesse.
Ogbonnaya et Kinney, 2018	Moyenne	11	Protection de la jeunesse (parents ayant des problèmes de dépendance)	Faire état des effets de la collaboration interinstitutionnelle/intersectorielle visant à améliorer la sécurité, le bien-être et la permanence du milieu de vie des enfants et des familles suivis par la protection de la jeunesse.

Annexe 7 - Entretiens de groupe - Fiche d'information destinée aux participants

INFORMATIONS SUR L'ENTRETIEN DE GROUPE Étape : Réception et traitement des signalements

Nous vous invitons à participer à l'entretien de groupe qui se déroulera :

Date :

Horaire :

Lieu :

Questions principales abordées lors de l'entretien

Cet entretien de groupe est d'une durée de 2h30. Quinze minutes seront consacrées à une introduction. Puis, nous souhaitons que vous vous exprimiez à partir des questions suivantes :

1. Quelle est votre perception des standards de pratique actuels en Protection de la jeunesse et quelle place leur accordez-vous dans votre travail quotidien? Et si vous pouviez proposer d'autres standards de pratique aux décideurs, quels seraient-ils? ⁵⁰

Notamment par rapport à (à titre indicatif) :

- ✓ *La réception du signalement proprement dite;*
- ✓ *Le traitement ou l'analyse sommaire du signalement;*
- ✓ *L'application de l'Entente multisectorielle à cette étape;*
- ✓ *La décision de retenir ou non un signalement;*
- ✓ *Le traitement d'une info-consultation.*

2. Quels sont les aspects du fonctionnement actuel à améliorer ou à uniformiser?

3. Quelles sont les problématiques ou nouvelles réalités sociales ou propres à votre travail venant influencer votre pratique professionnelle?

4. Quelles sont les conditions et soutiens (ex. : organisationnels ou en matière de pratique) dont vous avez besoin pour répondre aux attentes propres à votre pratique professionnelle et quelles pistes d'amélioration suggérez-vous à ce niveau?

Étant donné que les deux heures de discussion risquent de défilier très vite, nous utiliserons une méthode particulière pour l'animation de la discussion : chaque participant.e disposera tout d'abord de quelques minutes pour présenter son point de vue sur chaque question, puis une discussion de groupe suivra.

Nous vous demandons donc de réfléchir préalablement aux questions pour maximiser le temps de présentation de votre point de vue de chacune. Afin de vous préparer et alimenter

⁵⁰ La question initiale était la suivante : « En quelques mots, quelle est votre compréhension de ce qui est attendu de votre travail à l'étape du processus LPJ où vous intervenez? ». Elle a été modifiée pour les groupes RTS des régions moyennement et peu densément peuplées.

vosre réflexion, nous vous suggérons de discuter de ces questions avec des membres de votre équipe.

L'entretien de groupe se clôturera avec une proposition de synthèse des principaux éléments à retenir, laquelle sera préparée par les professionnelles de recherche en présence. Vous serez invitées à valider et à compléter au besoin cette synthèse.

INFORMATIONS SUR L'ENTRETIEN DE GROUPE

Étape : Évaluation et orientation

Nous vous invitons à participer à l'entretien de groupe qui se déroulera :

Date :

Horaire :

Lieu : en visioconférence – pour vous connecter :

Questions principales abordées lors de l'entretien

Cet entretien de groupe est d'une durée de 2h30. Quinze minutes seront consacrées à une introduction. Puis, nous souhaitons que vous vous exprimiez à partir des questions suivantes :

2. Quelle est votre perception des standards de pratique actuels en Protection de la jeunesse et quelle place leur accordez-vous dans votre travail quotidien? Et si vous pouviez proposer d'autres standards de pratique aux décideurs, quels seraient-ils?⁵¹

Notamment par rapport à (à titre indicatif) :

- ✓ L'évaluation de la situation : l'évaluation de la situation et des conditions de vie de l'enfant; les mesures de protection à l'étape de l'évaluation; l'application de l'Entente multisectorielle à cette étape; la décision sur la compromission; le rapport d'évaluation;
- ✓ L'orientation : le choix du régime volontaire; l'élaboration de l'entente sur les mesures volontaires; les conditions d'utilisation de l'intervention terminale; le choix du régime judiciaire; l'ordonnance du tribunal.

2. Quels sont les aspects du fonctionnement actuel à améliorer ou à uniformiser?
3. Quelles sont les problématiques ou nouvelles réalités sociales ou propres à votre travail venant influencer votre pratique professionnelle?
4. Quels sont les conditions et soutiens (ex. : organisationnels ou en matière de pratique) dont vous avez besoin pour répondre aux attentes propres à votre pratique professionnelle et quelles pistes d'amélioration suggérez-vous à ce niveau?

Étant donné que les deux heures de discussion risquent de défilier très vite, nous utiliserons une méthode particulière pour l'animation de la discussion : chaque participant.e disposera tout d'abord de quelques minutes pour présenter son point de vue sur chaque question, puis une discussion de groupe suivra.

Nous vous demandons donc de réfléchir préalablement aux questions pour maximiser le temps de présentation de votre point de vue de chacune. Afin de vous préparer et alimenter

⁵¹ La question initiale était la suivante : « En quelques mots, quelle est votre compréhension de ce qui est attendu de votre travail à l'étape du processus LPJ où vous intervenez? ». Elle a été modifiée pour les groupes É-O des régions moyennement et peu densément peuplées.

vosre réflexion, nous vous suggérons de discuter de ces questions avec des membres de votre équipe.

L'entretien de groupe se clôturera avec une proposition de synthèse des principaux éléments à retenir, laquelle sera préparée par les professionnelles de recherche en présence. Vous serez invitées à valider et à compléter au besoin cette synthèse.

INFORMATIONS SUR L'ENTRETIEN DE GROUPE

Étape : Application des mesures

Nous vous invitons à participer à l'entretien de groupe qui se déroulera :

Date :

Horaire :

Lieu : en visioconférence – pour vous connecter :

Questions principales abordées lors de l'entretien

Cet entretien de groupe est d'une durée de 2h30. Quinze minutes seront consacrées à une introduction. Puis, nous souhaitons que vous vous exprimiez à partir des questions suivantes :

1. Quelle est votre perception des standards de pratique actuels en Protection de la jeunesse et quelle place leur accordez-vous dans votre travail quotidien? Et si vous pouviez proposer d'autres standards de pratique aux décideurs, quels seraient-ils?⁵²

Notamment par rapport à (à titre indicatif) :

- ✓ *L'élaboration du PI/PSI/PSII*
- ✓ *L'application de mesures provisoires;*
- ✓ *L'exécution de l'entente sur les mesures volontaires ou de l'ordonnance;*
- ✓ *La participation de l'enfant et de ses parents;*
- ✓ *La participation des ressources du milieu;*
- ✓ *La modification et le renouvellement des mesures de protection.*

2. Quels sont les aspects du fonctionnement actuel à améliorer ou à uniformiser?

3. Quelles sont les problématiques ou nouvelles réalités sociales ou propres à votre travail venant influencer votre pratique professionnelle?

4. Quels sont les conditions et soutiens (ex. : organisationnels ou en matière de pratique) dont vous avez besoin pour répondre aux attentes propres à votre pratique professionnelle et quelles pistes d'amélioration suggérez-vous à ce niveau?

Étant donné que les deux heures de discussion risquent de défilier très vite, nous utiliserons une méthode particulière pour l'animation de la discussion : chaque participant.e disposera tout d'abord de quelques minutes pour présenter son point de vue sur chaque question, puis une discussion de groupe suivra.

Nous vous demandons donc de réfléchir préalablement aux questions pour maximiser le temps de présentation de votre point de vue de chacune. Afin de vous préparer et alimenter

⁵² La question initiale était la suivante : « En quelques mots, quelle est votre compréhension de ce qui est attendu de votre travail à l'étape du processus LPJ où vous intervenez? ». Elle a été modifiée pour le groupe Application des mesures des régions peu densément peuplées.

vosre réflexion, nous vous suggérons de discuter de ces questions avec des membres de votre équipe.

L'entretien de groupe se clôturera avec une proposition de synthèse des principaux éléments à retenir, laquelle sera préparée par les professionnelles de recherche en présence. Vous serez invitées à valider et à compléter au besoin cette synthèse.

INFORMATIONS SUR L'ENTRETIEN DE GROUPE

Étape : Révision

Nous vous invitons à participer à l'entretien de groupe qui se déroulera :

Date :

Horaire :

Lieu : en visioconférence – pour vous connecter :

Questions principales abordées lors de l'entretien

Cet entretien de groupe est d'une durée de 2h30. Quinze minutes seront consacrées à une introduction. Puis, nous souhaitons que vous vous exprimiez à partir des questions suivantes :

3. Quelle est votre perception des standards de pratique actuels en Protection de la jeunesse et quelle place leur accordez-vous dans votre travail quotidien? Et si vous pouviez proposer d'autres standards de pratique aux décideurs, quels seraient-ils?

Notamment par rapport à (à titre indicatif) :

- ✓ *Les délais de révision;*
- ✓ *La révision de la situation de l'enfant en présence des parties concernées;*
- ✓ *Les rôles et les responsabilités des personnes concernées;*
- ✓ *Le rapport de révision;*
- ✓ *La révision et prolongation de l'ordonnance par le tribunal.*

2. Quels sont les aspects du fonctionnement actuel à améliorer ou à uniformiser?

3. Quelles sont les problématiques ou nouvelles réalités sociales ou propres à votre travail venant influencer votre pratique professionnelle?

4. Quels sont les conditions et soutiens (ex. : organisationnels ou en matière de pratique) dont vous avez besoin pour répondre aux attentes propres à votre pratique professionnelle et quelles pistes d'amélioration suggérez-vous à ce niveau?

Étant donné que les deux heures de discussion risquent de défilier très vite, nous utiliserons une méthode particulière pour l'animation de la discussion : les participants-es de chaque région disposeront tout d'abord de quelques minutes pour présenter leur point de vue sur chaque question, puis une discussion de groupe suivra.

Nous vous demandons donc de réfléchir préalablement aux questions pour maximiser le temps de présentation de votre point de vue de chacune. Afin de vous préparer et alimenter votre réflexion, nous vous suggérons de discuter de ces questions avec des membres de votre équipe.

Les questions se clôtureront avec une proposition de synthèse des principaux éléments à retenir, laquelle sera préparée par les professionnelles de recherche en présence. Vous serez invitées à valider et à compléter au besoin cette synthèse.

Annexe 8 - Entretiens de groupe - Questionnaire sociodémographique

Nom et prénom : -----

Genre : -----

Âge : -----

Nombre d'années d'expérience en travail social : -----

Nombre d'années d'expérience au sein de l'équipe actuelle :

Réception et traitement des signalements : -----

Évaluation/orientation : -----

Application des mesures : -----

Révision : -----

Intitulé exact de la profession : -----

Formation Professionnelle : -----

- Collégiale générale
- Collégiale en éducation spécialisée
- Collégiale en service social
- Universitaire en service social
- Universitaire en psychoéducation
- Universitaire en criminologie
- Universitaire en psychologie
- Autre formation, précisez :
- Sans formation collégiale complétée

Dernier niveau de scolarité complété : -----

Date à laquelle ce questionnaire a été rempli : -----

Annexe 9 - Entretien de groupe – Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT⁵³

(Participants aux entretiens de groupe)

Titre du projet : Travaux de révision des standards de pratique en protection de la jeunesse

Projet piloté par : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Comme vous le savez, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pilote des travaux majeurs de révision des standards de pratique en protection de la jeunesse.

Dans le cadre de ces travaux, des intervenants et des professionnels des quatre étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse (c.-à-d. RTS, E/O, application des mesures et révision) sont invités à participer à des entretiens de groupe.

S'il vous plaît, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer les renseignements contenus dans le présent formulaire d'information et de consentement. N'hésitez pas à demander aux responsables du projet ou aux autres membres de l'équipe du projet de vous expliquer tout mot qui ne serait pas clair.

1) En quoi consiste ce projet?

Des travaux majeurs de révision des standards de pratique en protection de la jeunesse sont en cours au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin que ces derniers :

- Soient adaptés au contexte actuel et favorisent une organisation ainsi qu'une prestation optimale des services par les établissements en vue d'une meilleure accessibilité aux services, d'une meilleure qualité de ceux-ci (en termes de résultats) et d'une meilleure utilisation des ressources en protection de la jeunesse.
- Contribuent à une meilleure gestion stratégique et opérationnelle de la performance du système de protection de la jeunesse.
- Permettent au MSSS d'assurer un suivi et d'assumer son rôle d'encadrement (contrôle de la qualité des services).
- Soient bien définis, selon les missions et mandats des établissements, afin qu'ils soient intégrés et respectés par les divers acteurs concernés.
- Soient clairs, connus, compris et acceptés comme étant des balises donnant un point de référence juste et valide pour l'évaluation de la performance du système de protection de la jeunesse.

2) Quelle sera la nature de votre participation ?

Il s'agira d'abord pour vous de remplir un questionnaire sociodémographique visant essentiellement à recueillir de l'information sur vos fonctions, votre expérience professionnelle et votre parcours de formation

⁵³ L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

L'entretien de groupe proprement dit durera environ 2h30. Dans le cadre de cet entretien, nous voulons essentiellement connaître votre opinion et votre expérience au sujet de la pratique professionnelle à l'étape du processus d'intervention LPJ où vous intervenez (ex. : RTS, E/O, application des mesures ou révision).

Plus précisément nous cherchons à comprendre a) ce qui, d'après vous, est « attendu » de votre travail à cette étape, b) ce qui doit être amélioré ou harmonisé, c) quelles sont les nouvelles réalités sociales ou propres à votre travail auxquelles vous êtes confrontées et d) quelles sont les conditions ou soutiens dont vous avez besoin pour répondre aux attentes. Les échanges vont durer environ deux heures et demie.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des points de vue différents. Il n'est pas nécessaire non plus de parvenir à un consensus. Tous doivent se sentir à l'aise d'émettre leur opinion.

3) Est-ce que les renseignements que vous fournirez seront confidentiels ?

Nous enregistrerons les échanges parce que nous ne voulons perdre aucune des opinions émises. Pour les fins de la discussion, nous n'utiliserons que vos prénoms, mais ceux-ci seront remplacés par des codes (ex. : intervenant #6) lorsque nous rédigerons le rapport de recherche, soyez assuré que votre anonymat est préservé.

Les renseignements seront traités en tant que données de groupe de sorte qu'il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi. De plus, aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée

4) Est-ce que vous pourrez connaître les résultats du projet ?

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la consultation, veuillez indiquer une adresse postale ou électronique où il sera possible de vous le faire parvenir:

Je désire obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la consultation Oui Non

Adresse postale:

No civique/rue

Ville/province/code postal

Adresse électronique :

5) Est-ce que vous recevrez une compensation financière pour votre participation à la consultation ?

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette consultation puisqu'elle aura lieu dans le cadre de vos fonctions professionnelles.

6) Qui pouvez-vous contacter pour obtenir plus d'informations avant et pendant la consultation ?

Si vous avez des questions concernant cette recherche ou si voulez vous en retirer, vous pouvez contacter madame Élisabeth Lesieux, soit par téléphone, au numéro (514) 896-3498, soit par courriel, à l'adresse suivante : elisabeth.lesieux.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca, ou monsieur Denis Lafortune, soit par téléphone, au numéro (514) 343-6640, soit par courriel, à l'adresse suivante: denis.lafortune@umontreal.ca.

7) Consentement du participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussigné, consens à participer à ce projet et, plus précisément, celle consultation.

Nom du participant

Signature

Date