

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec

Québec 

Prioriser la protection et le développement de nos enfants au Québec : un choix pour guider nos actions vers des services sécuritaires et de qualité

Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse sous la présidence de madame Régine Laurent

Déposé le 12 décembre 2019

Mémoire du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

858, terrasse Turcotte

Trois-Rivières (Québec) G9A 5C5

Téléphone : 819 375-3111

Site web : <https://ciusssmcq.ca>

Sous la direction de :

Carol Fillion, *président-directeur général*

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Rédaction

Mylène Raymond, *chef des pratiques professionnelles*

Direction des services multidisciplinaires

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Collaboration

Gilles Hudon, *président-directeur général adjoint*

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Lyne Girard, *directrice générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation et directrice du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique*

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Robert Levasseur, *directeur de la protection de la jeunesse et directeur provincial (DPJ-DP)*

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Nathalie Garon, *directrice du programme jeunesse-famille*

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Jacinthe Marchand, *conseillère cadre*

Direction des services multidisciplinaires

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Révision

Marie-Andrée Boudreau, *conseillère cadre*

Direction des services multidisciplinaires

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Isabelle Moreau, *conseillère cadre*

Direction des services multidisciplinaires

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Résumé

Au-delà d'une responsabilité populationnelle, l'expression d'une réelle volonté politique s'avère incontournable pour assurer la protection des enfants au Québec. L'intégration d'une direction générale des services jeunesse au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) constituerait une première action significative en ce sens. De plus, étant donné l'émergence de la complexité des situations et afin de prévenir leur détérioration, un rehaussement des services de proximité doit s'effectuer. Faisant foi de cette volonté politique, le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) doit disposer de l'agilité nécessaire afin d'assurer à la fois le développement harmonieux des enfants et leur protection. Lorsque l'intervenant des services de proximité est considéré comme étant la personne significative dans la situation, selon son expertise et dans le meilleur intérêt de l'enfant, le DPJ devrait exercer son pouvoir de délégation de l'article 33 de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) auprès de celui-ci. Sous l'angle de la pertinence clinique, l'intervenant de proximité pourrait ainsi devenir la personne autorisée au suivi de l'enfant et de sa famille. Aussi, le DPJ doit aussi rehausser le rôle des réviseurs autorisés selon l'article 32 de la LPJ afin que ceux-ci représentent en quelque sorte le lien entre l'aspect légal et l'intervention clinique et qu'ils assurent une vigie quant à une gestion du risque efficiente.

Lors de situations complexes, et pour assurer un processus clinique rigoureux, l'expertise des intervenants doit être valorisée et mise à contribution vers l'atteinte d'un but commun. La personne autorisée significative ne pouvant agir seule, la collaboration interprofessionnelle devient alors incontournable. Cette collaboration doit s'articuler autour du plan d'intervention (PI), avec l'implication de l'enfant et sa famille tant lors de sa planification que lors de sa réalisation vers l'atteinte de leurs objectifs. D'ailleurs, le sens du PI comme outil clinique et non administratif doit être réajusté. Le suivi efficace du PI visant la protection d'un enfant doit s'effectuer par des interventions directes, incluant des rencontres individuelles avec l'enfant, nous permettant d'avoir accès à ses émotions et à sa compréhension de sa situation.

Pour s'assurer de la qualité de ces interventions, l'encadrement et le soutien clinique des intervenants et le contrôle de la qualité des interventions demeurent des conditions incontournables. D'abord, des modalités d'encadrement et de soutien clinique ajustées aux besoins des intervenants et en cohérence aux standards du programme-services Jeunes en difficulté du MSSS doivent être disponibles. Celles-ci relèvent d'une responsabilité partagée par plusieurs partenaires internes et externes de nos établissements. Elles permettent aux intervenants de développer et maintenir leurs compétences et d'adresser les défis cliniques qu'ils rencontrent. Enfin, le contrôle de la qualité des interventions doit être priorisé. Il est impératif que des indicateurs de la qualité de l'intervention soient définis et harmonisés dans l'ensemble des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec. Les gestionnaires devront porter cette assurance qualité en étant soutenus par leur établissement. Celui-ci devra s'investir dans la mise en place de conditions permettant d'actualiser le suivi de ces indicateurs et accompagner ses gestionnaires à agir quotidiennement dans un esprit d'amélioration continue.

Table des matières

1. Introduction	5
2. Une volonté politique nécessaire misant sur le rehaussement des services de première ligne et la réaffirmation du rôle du directeur de la protection de la jeunesse	6
2.1. Réaffirmer le rôle du Directeur de la protection de la jeunesse	6
2.2. Rehausser le rôle des réviseurs pour des interventions selon l'intérêt de l'enfant	8
3. Continuum de services aux jeunes en difficulté : la collaboration interprofessionnelle, le plan d'intervention et l'intervention directe	9
3.1. Actualiser les pratiques de la collaboration interprofessionnelle.....	9
3.2. Réviser les stratégies pour l'élaboration du plan d'intervention	10
3.3. Assurer un suivi rigoureux du plan d'intervention par l'intervention directe.....	12
4. Le contrôle de la qualité des interventions réalisées auprès des enfants et leur famille par les services de proximité et de l'application des mesures du programme-services Jeunes en difficulté.....	13
4.1. Une vision commune et un engagement de la gouvernance provinciale	14
4.2. Des indicateurs de la qualité de l'intervention comme première étape d'une gestion de la qualité de l'intervention.....	14
4.3. Des méthodes d'évaluation de la qualité des interventions	16
4.4. La collaboration des directions soutien	17
4.5. Le chef de service comme coresponsable du suivi de la qualité des interventions.....	18
5. L'encadrement et le soutien clinique des intervenants.....	19
5.1. Le soutien des compétences en préservant l'expertise et en valorisant la complémentarité	19
5.2. Une responsabilité partagée	20
5.3. L'harmonisation de l'encadrement et du soutien clinique	22
6. Conclusion	24
7. Bibliographie	26

1. Introduction

Les derniers événements entourant les services jeunesse ont justifié les nombreuses réactions de la population à travers tout le Québec. Non seulement l'arrivée de la Commission Laurent s'avère une opportunité de se questionner réellement sur les services offerts aux enfants, mais apporte un aspect rassurant : celui de constater une volonté collective de revoir nos façons de faire afin d'assurer le développement harmonieux des enfants. En effet, il est urgent de reconnaître comme société la priorité à accorder à la jeunesse. Il est temps d'aller au-delà des discours idéologiques et de se donner les réels moyens pour assurer des services de qualité aux enfants vulnérables, les adultes en devenir de notre société.

C'est dans cette optique que s'inscrit le présent mémoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). Nous souhaitons influencer la Commission sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse en abordant certaines dimensions qui nous apparaissent incontournables dans la réflexion et en soulevant des pistes et des moyens pour améliorer la trajectoire de services jeunesse.

Dans un premier temps, nous adresserons la nécessité comme société de réaffirmer l'importance du DPJ. Ce dernier doit disposer de moyens lui permettant une agilité de son pouvoir, selon la complexité des situations. Pour ce faire, il s'agit, au-delà de promouvoir la responsabilité populationnelle, de démontrer une volonté politique. Celle-ci venant légitimer la remise en question de certains aspects de la Loi, notamment l'actualisation différente de certains rôles, comme celui du réviseur autorisé selon l'article 32 de la LPJ et le rehaussement sans équivoque des services de proximité.

Par la suite, nous aborderons des éléments d'interventions qui sont, sans contredit, des pistes incontournables à privilégier dans l'actualisation du programme-services Jeunes en difficulté : la collaboration interprofessionnelle, le PI et les interventions directes auprès des enfants et leur famille.

L'effet des services rendus aux jeunes et à leur famille sur l'amélioration de leur état de santé et de bien-être est souvent difficile à apprécier (MSSS, 2017). Il demeure alors impératif de s'attarder au suivi de la qualité des interventions réalisées auprès d'eux. Pour ce faire, l'harmonisation de mesures de contrôle de la qualité doit être une priorité pour le Ministère et découler d'une collaboration entre ce dernier et les CISSS et CIUSSS du Québec.

Enfin, l'encadrement et le soutien des intervenants représentent une autre dimension à considérer dans l'amélioration des services. Nous devons reconnaître la pertinence de cet encadrement à la pratique permettant aux intervenants de se développer et de maintenir leurs compétences en recevant un soutien clinique ajusté à leurs besoins pour les outiller devant les situations aussi nombreuses que complexes.

2. Une volonté politique nécessaire misant sur le rehaussement des services de première ligne et la réaffirmation du rôle du directeur de la protection de la jeunesse

Plusieurs écrits affirment que le bien-être de nos enfants est d'abord une responsabilité populationnelle. Pour faire vivre cette responsabilité, il importe de lui donner un sens clair et de poser des actions en cohérence avec ce principe.

Depuis l'adoption de la LPJ, il est reconnu qu'il revient principalement aux parents d'assurer la protection et le développement de leur enfant. Pour ce faire, ils peuvent compter sur le soutien de la communauté. L'implication du DPJ est parfois requise. Pour ce faire, l'État a délégué cette responsabilité à une personne, soit le DPJ, dans chaque région du Québec. Il s'agit d'une caractéristique fondamentale de la Loi qui a pour but d'assurer une intervention personnalisée aux enfants requérant des services de protection et qui fait encore l'unanimité au Québec (Dumais, et al., 2004, p. 114).

Afin que la société puisse honorer cette orientation ministérielle qu'est la responsabilité populationnelle et de reconnaître la responsabilité du DPJ telle que déléguée par l'État, celle-ci doit émerger d'une réelle volonté politique. Cette volonté, quant à elle, doit permettre de porter et renforcer la vision quant à la priorité à accorder à la protection de nos enfants, tout en ajustant certains aspects du continuum de services aux jeunes en difficulté.

2.1. Réaffirmer le rôle du directeur de la protection de la jeunesse

Une volonté politique implique d'accorder une juste importance au rôle du DPJ et de mettre en place les moyens lui permettant d'honorer son mandat : celui d'intervenir auprès des enfants les plus vulnérables du Québec, en les protégeant de situations qui compromettent leur sécurité et leur développement et en leur assurant un projet de vie stable. Lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis en vertu de la LPJ, le DPJ doit prendre la situation en charge¹ et mettre en place des mesures avec les parents et l'enfant pour corriger la situation et éviter qu'elle ne se reproduise.

La complexité et la pertinence du mandat du DPJ ne sont plus à prouver et le Québec a besoin d'effectuer un virage quant à sa vision des services dispensés aux enfants et à leur famille. En ce sens, la convention relative aux droits des enfants confirme que « *L'engagement à l'égard de l'intérêt supérieur de l'enfant doit aller au-delà de la salle de tribunal et des cas individuels : son engagement doit s'étendre à l'élaboration de politiques gouvernementales, à la prévention et à la sensibilisation publique.* » (Vandergrift, et al., 2009, p. 11).

¹ Source : Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1, art. 51.

Un premier message clair démontrant la considération entourant le droit des enfants serait d'intégrer une direction générale des services jeunesse au MSSS. Selon nous, le degré d'importance est tout aussi justifié que celui d'avoir une direction générale de la santé publique. Tout comme cette dernière, cela permettrait de porter à un niveau d'influence stratégique la priorité des enfants, et ce, de la prévention jusqu'à l'intervention efficace pour assurer leur développement harmonieux et leur protection. De plus, cette instance faciliterait les interfaces entre tous les acteurs impliqués auprès des enfants, permettant ainsi au DPJ d'exercer sa vigie dans les différents milieux où ceux-ci sont appelés à évoluer, de l'âge préscolaire à l'âge adulte.

Un deuxième message clair d'une volonté politique pour le mieux-être de nos enfants serait celui de rehausser les services de proximité du programme-services jeunesse afin de permettre une meilleure réponse aux besoins des enfants et leur famille et répondre à l'atteinte de standards d'accessibilité et de qualité des services. Pour ce faire, l'intensité des interventions doit permettre un accompagnement visant un changement significatif et durable. C'est connu, l'intervention en amont permet d'éviter la détérioration ou la cristallisation de situations, et même, d'éviter qu'un enfant et sa famille, initialement en besoin de soutien, se retrouve en besoin de protection. Depuis quelques années, et plus significativement depuis 2006, pour faire suite aux modifications de la LPJ visant à resserrer le caractère exceptionnel de la loi, l'intervention des services de proximité s'est beaucoup transformée. En effet, nous retrouvons un haut niveau de complexité où la gestion du risque devient nécessaire dans l'ensemble du programme-services. D'ailleurs, soulignons-le, la frontière est parfois très mince entre un besoin de service et un besoin de protection, particulièrement en contexte de négligence ou en présence de trouble du comportement.

Malgré une première ligne forte, certains contextes familiaux nécessiteront l'intervention du DPJ. Cette intervention, répétons-le, revêt un caractère exceptionnel et vise à mettre fin rapidement aux facteurs qui compromettent la sécurité et le développement de l'enfant. En permettant une agilité dans les moyens mis à la disposition du DPJ, ce dernier pourrait déléguer son pouvoir en fonction de la pertinence clinique, favorisant ainsi des actions dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Le DPJ pourrait, selon certains motifs de compromission, agir selon l'article 33 de la LPJ en déléguant son pouvoir à une personne autorisée étant la plus significative pour l'enfant et sa famille. Cette personne les accompagnera dans le changement attendu, et ce, qu'elle soit des services de proximité ou de la protection de la jeunesse. L'objectif n'est pas que tous les intervenants des services de proximité du programme-services jeunesse se voient systématiquement déléguer le pouvoir du DPJ selon l'article 33 de la LPJ, mais de redonner un sens clinique à l'intervention en contexte d'autorité, selon une vision thérapeutique et non uniquement légale. Précisons que le but n'est pas de faire des intervenants de première ligne des experts du concept de protection. En effet, nous devons préserver cette expertise au sein de nos services. Il s'agit plutôt d'analyser, lorsque pertinent et dans l'intérêt de l'enfant, quelle est la meilleure personne pour intervenir en fonction des besoins non comblés de la famille, lesquels entraînent des motifs de compromission au sens de la Loi. Les motifs de compromission visés par cette délégation sont notamment la négligence, les troubles du comportement et les mauvais traitements psychologiques. À l'inverse, pour les situations où il est question d'abus physique ou sexuel, l'expertise des intervenants en protection de la jeunesse doit être préservée.

Enfin, cette délégation permettrait une continuité du lien thérapeutique entre l'intervenant de proximité et le système familial. C'est bien connu, le lien est un facteur primordial dans la réussite d'un processus vers un changement. Il reste évident que cette délégation, dans le but visé, demande une grande agilité dans l'analyse et devra être utilisée avec rigueur. C'est pour cette raison qu'elle devrait s'effectuer progressivement au sein de nos services. Dans d'autres situations, la co-intervention impliquant l'intervenant de proximité et celui en protection, misant sur une continuité des services, permettrait l'intensité requise selon la complexité de la situation.

2.2. Rehausser le rôle des réviseurs pour des interventions selon l'intérêt de l'enfant

Dans l'optique de la proposition décrite précédemment, le réviseur détient un rôle primordial qui aurait avantage à être bonifié, et ce, à différentes étapes du processus clinique et judiciaire. Le réviseur deviendrait en quelque sorte le porteur de la relation judiciaire, c'est-à-dire : le lien entre l'aspect légal et l'intervention clinique de la personne autorisée significative.

Le réviseur contribuerait alors aux discussions cliniques à des moments charnières du processus. Il jouerait un rôle de consultant possédant le recul nécessaire et soutiendrait, par son expertise du concept de protection, l'orientation clinique des situations complexes. De cette façon, des interventions en gestion du risque, visant à prévenir la détérioration d'une situation, seraient privilégiées, évitant un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse. À l'inverse, les situations où l'intervenant de proximité générerait un risque trop élevé feraient l'objet d'un signalement. Encore une fois, il est question de pertinence clinique pour favoriser le service le plus adapté à la situation de l'enfant.

Enfin, il sera souhaitable de poursuivre les actions amorcées pour assurer la fluidité des échanges d'information entre les intervenants de proximité et ceux autorisés selon l'article 32, tant à l'étape de la réception et du traitement des signalements qu'à celle de l'évaluation/orientation. À cet effet, il est indéniable que le réviseur devra maîtriser la gestion du risque et le concept de protection pour bien encadrer les réflexions cliniques. Celles-ci permettraient notamment d'éviter qu'un intervenant de proximité susceptible d'intervenir selon l'article 33 de la LPJ soit tenté d'assurer une trop grande gestion du risque pour éviter de signaler la situation au DPJ et donc, de devoir encadrer l'intervention familiale, selon les balises de cette loi.

Autant qu'il nous apparaît incontournable de réaffirmer le rôle du DPJ et lui permettre l'agilité nécessaire pour actualiser son mandat, autant le sens de la primauté de l'intérêt de l'enfant doit demeurer au centre des réflexions actuelles. En préservant le principe que tout enfant a le droit de vivre dans un milieu stable répondant à ses besoins et respectant son intégrité, il est temps de questionner certains éléments de la Loi. Elle doit prioriser un milieu de vie qui permet à l'enfant le développement et le maintien d'une relation significative essentielle à son développement plutôt que la préservation d'une relation biologique non sécurisante.

3. Continuum de services aux jeunes en difficulté : la collaboration interprofessionnelle, le plan d'intervention et l'intervention directe

3.1. Actualiser les pratiques de la collaboration interprofessionnelle

Bien que la réorganisation de 2015 représente une opportunité d'améliorer la fluidité des services, elle requiert plus qu'une structure organisationnelle pour y parvenir. La collaboration interprogramme dans laquelle s'inscrivent les pratiques collaboratives nécessite un arrimage entre des intervenants de différentes cultures travaillant auprès des mêmes enfants vulnérables. La collaboration interprofessionnelle devient alors la pratique recommandée au sein de l'organisation des services (MSSS, 2017).

D'abord, la collaboration interprofessionnelle (CIP) est : « *Un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent et réfléchissent sur des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté* » (D'Amour et Oandasan, 2005).²

Et il s'agit : « *D'un partenariat entre une équipe de professionnels et une personne, ses proches et la communauté, dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux* ». (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010).³

Dans le continuum de services jeunes en difficulté se retrouve l'intervention en protection, qui rappelons-le, se veut une mesure d'exception. Dans ce processus clinique se voulant rigoureux se trouve l'étape de l'application des mesures assurée par la personne autorisée. Celle-ci est appelée à coordonner les services entourant les besoins de protection de l'enfant. Pour ce faire, elle doit susciter la collaboration des partenaires. La complémentarité visée par ce processus prend alors tout son sens et mise sur le partage d'expertise des acteurs impliqués. Par l'approche collaborative, l'enfant et sa famille sont considérés comme des partenaires actifs impliqués dans les services mis en place au même titre que les professionnels. Cette considération s'inscrit en cohérence avec les droits reconnus des enfants. Sous le principe de développer une vision commune des besoins, les actions sont concertées entre les différents acteurs. Les besoins doivent être priorisés pour éviter des attentes irréalistes quant aux changements réalisés par l'enfant et sa famille. Selon le degré de complexité de la situation, le niveau d'interdépendance des intervenants se module afin que chacun joue son rôle au bon moment, assurant ainsi une continuité dans l'intervention. Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) devient ici l'outil indispensable pour assurer cette continuité.

² Citation de D'Amours et Oandasan, (2005) tirée de : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux. (2017). *Définition de la collaboration interprofessionnelle* Récupérée le 20 novembre 2019 du site : <http://www.rcpi.ulaval.ca/soutien-a-l-integration-des-travailleurs-sociaux-en-gmf/collaboration-interprofessionnelle/>

³ Citation du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, (2010) tirée de : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux. (2017). *Définition de la collaboration interprofessionnelle* Récupérée le 20 novembre 2019 du site : <http://www.rcpi.ulaval.ca/soutien-a-l-integration-des-travailleurs-sociaux-en-gmf/collaboration-interprofessionnelle/>

C'est donc au profit du mieux-être de l'enfant que les expertises respectives des intervenants devraient être mises à contribution vers l'atteinte d'un but commun. Ainsi, les changements et améliorations souhaités demeurent centrés sur les besoins de l'enfant et sa famille et non sur les critères d'un programme-services. Cette souplesse dans l'intervention en contexte de protection devient requise au sein de nos établissements.

Actuellement, il est fréquent que la personne autorisée ne puisse, à elle seule, intervenir efficacement dans des situations complexes auxquelles les familles sont confrontées et s'attendre à des changements durables. La collaboration des autres services généraux et spécialisés est fréquemment requise, et ce, même si plusieurs intervenants du programme jeunesse sont déjà impliqués. Pensons notamment à l'intervenant en santé mentale adulte et dépendance pouvant être requis à l'application des mesures afin d'intervenir dans son champ d'exercices auprès d'un parent pour réduire l'impact de ses difficultés chez son enfant. L'établissement d'une vision commune par une juste compréhension de la situation au bon moment du processus clinique permettra à l'intervenant du parent de mieux saisir les impacts et ainsi travailler avec ses collègues de la direction jeunesse pour mobiliser ce dernier.

Enfin, nous faisons souvent référence à une prise en charge de la situation par divers intervenants de différents services. Or, la collaboration interprofessionnelle favorise la consultation auprès de professionnels dans une perspective de partage de connaissances et d'utilisation de l'expertise de l'autre, sans pour autant l'impliquer directement dans le processus. Ce partage permet à un intervenant qui consulte un collègue d'intervenir selon les orientations de ce dernier sans s'improviser spécialiste, mais en évitant parfois une référence ou encore, en s'assurant de celle-ci au moment opportun dans le processus clinique. De ce fait, un intervenant peut soutenir l'intervention sans pour autant intervenir activement auprès de l'enfant. C'est d'ailleurs l'orientation proposée dans la redéfinition du rôle que jouera le réviseur auprès des intervenants de première et de deuxième lignes.

3.2. Réviser les stratégies pour l'élaboration du plan d'intervention

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)⁴, le PI est une obligation légale. Il ne fait pas exception à l'application des mesures. C'est d'ailleurs à partir de ce plan que s'effectue la planification des interventions misant sur les changements attendus qui eux visent à assurer la sécurité et le développement de l'enfant.

Au-delà de cette norme de pratique à respecter, il est urgent de redonner le sens clinique au PI. Il est perçu et même utilisé comme un outil statistique appuyant une reddition de comptes, et ce, depuis trop longtemps. Perçu comme tel, il est devenu un outil administratif pour plusieurs intervenants soucieux de répondre aux standards de programme partagés par leur direction. Ainsi, les PI sont reconduits sans modification sur de longues périodes, sans respecter les délais prescrits par la Loi, et avec des objectifs génériques non personnalisés à la situation de l'enfant.

⁴ Source : Loi sur les services de santé de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2, art., 102.

Non seulement le PI doit traduire clairement les objectifs à atteindre au sein du système familial, mais il doit être élaboré avec la participation de l'enfant et ses parents. D'ailleurs, la participation de l'enfant peut prendre plusieurs formes. Il revient à l'intervenant de s'assurer de mettre les moyens à sa disposition pour qu'il puisse comprendre et ainsi participer selon sa capacité et son âge. Il s'agit ici d'un levier de mobilisation judicieux à saisir.

Entre l'évaluation de la situation par le DPJ et l'élaboration du PI, il nous apparaît judicieux et nécessaire, d'intégrer une étape de liaison à ce processus clinique. Dans les situations où un intervenant de proximité est déjà impliqué auprès d'une famille, sa présence devient incontournable. Il s'agit d'un moment charnière pour déterminer l'intervention, selon le principe de la pertinence clinique.

C'est à cette étape que les intervenants impliqués auprès de l'enfant et sa famille doivent échanger pour mieux cerner la situation et contribuer à la planification de l'intervention. Alors, tous les acteurs, incluant l'enfant, s'expriment sur leur vision de la situation et sur les besoins de la famille. Lorsque l'enfant et ses parents ont de multiples besoins, le nombre d'intervenants impliqués auprès d'eux peut s'avérer imposant. Les intervenants doivent alors se concerter et prioriser les besoins vers lesquels orienter l'intervention. Il est aussi souhaitable dans l'intérêt de l'enfant de les regrouper dans un seul plan, afin de favoriser une meilleure compréhension du processus, tant pour ce dernier que pour ses parents. L'élaboration du PI pour l'enfant et sa famille exige des intervenants habiletés à traduire les mesures de protection pour en ressortir les besoins à prioriser qui deviendront les objectifs à atteindre. Le PI cible donc des changements concrets à apporter et non seulement des mesures légales à respecter.

Assurément, en protection de la jeunesse, les intervenants sont confrontés aux résistances de bon nombre de parents en regard du contexte d'autorité dans lequel s'inscrit le suivi. C'est aussi à cette étape qu'il est recommandé à l'intervenant de l'application des mesures d'établir un lien de confiance avec la famille, d'avoir une attitude d'ouverture en clarifiant son mandat et en tentant de sécuriser l'ensemble des membres de la famille sur la suite du processus. Lorsqu'un intervenant de proximité est connu et significatif pour l'enfant et ses parents, n'est-il pas judicieux d'analyser la pertinence qu'il puisse, selon certains alinéas de la Loi, assurer le suivi des interventions? Ne serait-il pas parfois la meilleure personne pour mobiliser le parent vers le changement? Ne peut-il pas contribuer à l'élaboration du PI et participer activement au suivi? N'est-il pas dans l'intérêt de l'enfant, parfois déjà fragilisé au plan affectif, de favoriser le maintien du lien avec un intervenant connu plutôt que de lui présenter un autre professionnel? Cette orientation clinique, pour être choisie, exigera de tenir compte d'une multitude de facteurs. De ce fait, elle ne pourra s'inscrire systématiquement dans toutes les situations où un intervenant des services de proximité est connu; d'autres contextes nécessiteront certainement, sous l'angle de la pertinence, une co-intervention.

3.3. Assurer un suivi rigoureux du plan d'intervention par l'intervention directe

Le PI constitue le point central du suivi. Effectivement, l'intervenant doit souligner l'importance de s'y référer et de le revoir avec l'enfant et ses parents pour discuter de l'évolution de la situation. C'est à partir de ce plan convenu avec l'enfant et ses parents que le suivi s'effectuera.

L'accompagnement auprès des familles ne peut se réaliser qu'en exerçant uniquement la fonction de contrôle et de surveillance. En ce sens, la personne autorisée doit intensifier les interventions entourant sa fonction d'aide-conseil et assistance pour parvenir à des changements significatifs. Intervenir dans le milieu de vie de l'enfant demeure incontournable. L'intervenant doit constamment favoriser ce type d'intervention qui lui permettra d'objectiver l'impact de ses interventions sur la sécurité et le développement de l'enfant. C'est aussi par ce travail de proximité qu'il peut poser un regard sur les interactions de l'enfant avec son environnement, notamment avec ses parents.

Pour modifier des comportements ou des habitudes de vie, le parent doit être mis en situation d'apprentissage. Il doit pouvoir s'exposer, développer de nouveaux outils et de nouvelles stratégies d'adaptation. Il a besoin d'expérimenter et de recevoir une rétroaction authentique. L'intervenant doit être capable d'évaluer le niveau d'accompagnement que le parent requiert. À certains moments, il doit miser sur le vécu partagé, le « faire avec ». Les habiletés en relation d'aide sont grandement sollicitées et permettent au parent de se situer avec justesse sur ses progrès et l'amélioration de sa situation. Cette transparence, empreinte de respect et d'empathie, doit être préconisée, peu importe ce qui doit être annoncé, recadré ou clarifié par l'intervenant dans le cadre du suivi et qui peut parfois s'avérer confrontant pour le parent.

Le suivi d'un enfant ayant des besoins de protection et d'un parent ayant des comportements à modifier exige une intervention planifiée, soutenue et en continu, basée sur les données probantes, selon les problématiques. Le suivi doit être structuré en fonction des objectifs du PI afin de favoriser les changements planifiés et d'assurer un fil conducteur dans le processus clinique.

Des interventions directes, soutenues, en continu et individuelles sont requises. En effet, la planification de l'intervention doit prévoir des moments de rencontres individuelles avec l'enfant. Ce dernier doit pouvoir créer un lien avec son intervenant lui permettant d'exprimer ses besoins et ses attentes, mais aussi d'être sécurisé sur l'évolution de la situation qui ne dépend pas que de lui, mais qui est tributaire de plusieurs facteurs liés notamment aux capacités parentales et à la réalité du milieu. L'enfant mérite attention et considération dans ce qu'il témoigne à l'intervenant. Ces rencontres sont pertinentes et favorisent des orientations centrées sur les besoins de l'enfant.

Enfin, la rigueur exigée par le suivi d'un enfant pour qui la sécurité ou le développement est compromis importe de promouvoir à nouveau, et de façon soutenue, le sens clinique entourant le PI et de favoriser l'approche collaborative. En ce sens, les établissements doivent développer des façons de faire visant à s'assurer de la qualité des interventions.

4. Le contrôle de la qualité des interventions réalisées auprès des enfants et leur famille par les services de proximité et de l'application des mesures du programme-services Jeunes en difficulté

Encore aujourd'hui, des jugements hâtifs sont portés à l'égard de la pratique psychosociale qui demeure, certes, moins précise que la pratique médicale. En effet, le pronostic d'un remplacement d'une hanche est plus prévisible que celui d'un placement d'un enfant de 6 ans. À ce jour, il demeure préoccupant que la structure actuelle entourant la gestion de la qualité ne permette pas de poser un regard plus précis sur la réalisation des interventions et leurs impacts, laissant présumer d'une qualité subjective de celles-ci. Malgré la complexité de la tâche, il demeure tout de même possible d'objectiver la qualité de la pratique exercée auprès des jeunes et leur famille.

Le MSSS, dans ses orientations relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022, réitère le caractère prioritaire de l'atteinte des cibles et des mesures en place pour suivre celles-ci. Plus spécifiquement, le MSSS demeure grandement préoccupé par l'accessibilité aux services. Dans nos établissements de santé et de services sociaux, une rigidité est observée dans les critères d'admissibilité des différents programmes-services. Celle-ci rend difficile le fait d'offrir le service requis à l'endroit et au moment opportun (MSSS, 2017). Pourtant, lorsqu'il est question d'un enfant pour qui la sécurité et le développement sont compromis, n'est-il pas judicieux d'en appeler à la souplesse? Après tout, si l'intervention est réalisée au bon moment, elle préviendra la détérioration de la situation et risquera de moins mobiliser les ressources spécialisées au long cours.

Dans son offre de service Jeunes en difficulté 2015-2017, le MSSS a défini des indicateurs de performance. La qualité des interventions n'a que très peu été illustrée dans les derniers constats. En fait, pour l'obtention de données de qualité, le MSSS précise que le suivi de tels indicateurs semblait nécessiter un investissement de temps et de ressources plus important (MSSS, 2017). Actuellement, il est impératif de s'attarder à des indicateurs sur la qualité de l'intervention et de se doter de moyens nous permettant d'assurer le suivi de ceux-ci, et ce, malgré la complexité que cela peut engendrer. De plus, l'harmonisation de ces indicateurs de qualité de l'intervention s'avère l'avenue à privilégier, et ce, pour l'ensemble de nos établissements de santé et de services sociaux. Il serait alors judicieux, afin que tous les établissements s'y engagent, que les indicateurs déterminés soient le résultat d'un travail conjoint entre le MSSS et les CIUSSS et CIUSSS du Québec.

En effet, chaque établissement demeure responsable d'offrir une qualité de services aux enfants et leur famille. D'ailleurs, dans son cadre de référence sur les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF), le MSSS précise la responsabilité de l'établissement quant à la qualité : « *L'établissement est responsable d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité à l'usager en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), articles 5, 100 et 101, les autres lois applicables, les orientations ministérielles du présent cadre de référence, les pratiques reconnues ainsi qu'avec son processus clinique. [...] L'établissement exerce, en tout temps et de manière continue, sa responsabilité à l'égard de la qualité, et ce, à partir du moment où l'usager reçoit des services jusqu'à ce qu'il n'en reçoive plus.* » (MSSS, 2016, p. 166).

4.1. Une vision commune et un engagement de la gouvernance provinciale

Chaque enfant, peu importe la région du Québec dans laquelle il vit, mérite l'équité quant à la qualité des services qu'il reçoit. Bien que l'accessibilité en fasse partie intégrante, sans être étranger au concept de qualité, il est temps de réfléchir collectivement à la gestion de la qualité de l'intervention réalisée auprès des enfants et leur famille. D'abord, la vision de la qualité attendue doit être définie, selon un alignement stratégique regroupant l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec, et donc s'adresser à l'ensemble des paliers hiérarchiques. Elle doit aussi, et surtout, trouver écho auprès des intervenants qui chaque jour agissent au meilleur d'eux-mêmes dans des contextes parfois extrêmement difficiles. Ces derniers ont besoin d'être imprégnés de cette vision lorsqu'ils interviennent quotidiennement. Après tout, c'est le sens donné aux actions qui guident leurs interventions et contribuent à préserver leur mobilisation qui, dans le contexte actuel, s'avère indispensable. Une fois cette vision définie, la gouvernance devra porter la responsabilité de la qualité des services et disposer de moyens pour y parvenir, dont celui de se doter d'une structure permettant aux gestionnaires de fournir des services de qualité.

4.2. Des indicateurs de la qualité de l'intervention comme première étape d'une gestion de la qualité de l'intervention

Les indicateurs de qualité de l'intervention sont certainement les plus laborieux à définir; l'intervention humaine ne s'évaluant pas selon une séquence d'opérations linéaires. C'est pour cette raison que les indicateurs réfèrent souvent à la réalisation d'activités professionnelles pour les rendre observables et mesurables.

Un processus visant à s'assurer de la qualité comporte plusieurs dimensions. Une des premières est certainement la détermination des standards de qualité à atteindre, c'est-à-dire la qualité voulue. Le cadre de référence sur les ressources d'hébergement apporte un éclairage intéressant sur ce concept : « *La qualité voulue est, entre autres, établie par des lois, des règlements, des pratiques reconnues, des normes ou des balises cliniques, professionnelles, techniques ou administratives, des orientations ministérielles, régionales ou locales, des politiques ou des procédures de l'établissement ou d'une autre instance légitime. La qualité voulue identifie et définit préalablement les éléments de conformité sur la base desquels s'exercera par la suite un contrôle de la qualité ayant pour but d'évaluer si la qualité rendue l'a été telle que voulue. La qualité voulue constitue un référentiel essentiel à l'application du processus de contrôle de la qualité* » (MSSS, 2016, p. 168). En ce sens, les établissements en tant que responsables de la qualité doivent définir ensemble des indicateurs liés à la qualité de la pratique professionnelle au sein des services de proximité et de la protection de la jeunesse, et ce, en cohérence avec les normes et standards reconnus.

D'abord, le processus clinique doit définitivement servir de cadre pour établir certains indicateurs de la qualité voulue de l'intervention. C'est donc la déclinaison de plusieurs activités professionnelles spécifiques à chaque étape du processus clinique qui permettra leur mesure selon le standard attendu. Dans son cadre de référence RI-RTF, le MSSS a décrit des activités professionnelles se rapportant à des indicateurs du processus clinique et s'en inspirer pourrait certainement être un point de départ juste et pertinent (MSSS, 2016).

D'autres activités spécifiques pourraient être définies, mais voici une modeste énumération des moments charnières d'un processus clinique où des indicateurs pourraient être déterminés : l'évaluation des besoins, l'étape de liaison telle qu'abordée précédemment où doivent participer les acteurs impliqués, l'élaboration ou la révision du PI, les rencontres de suivi selon l'intensité requise, les notes évolutives, la rencontre de révision de la situation de compromission, le transfert personnalisé vers d'autres ressources et la fin du suivi/application des mesures. De plus, des indicateurs de la qualité en lien avec l'obtention du consentement libre et éclairé à différents moments du processus clinique devraient être établis.

Considérant que le PI constitue l'élément central de l'intervention, qu'il doit être en cohérence avec l'évaluation qui le précède et qu'il est l'outil à partir duquel l'intervenant doit réaliser son suivi avec l'enfant et sa famille, une énergie soutenue doit être investie pour s'assurer de la qualité de celui-ci. D'abord, pour cibler les indicateurs de la qualité, une réflexion s'impose sur la qualité d'un PI, selon les normes et les données probantes. Ces balises représentant la qualité voulue permettront d'objectiver la qualité de l'intervention. En ce sens, chaque établissement dispose de ses politiques et procédures en regard de la planification de l'intervention et du PI. Encore aujourd'hui, il y a autant d'outils différents pour la mise en œuvre d'un PI qu'il y a de directions ou même de secteurs. Pourtant, les attentes en matière de qualité du PI pour le programme-services Jeunes en difficulté auraient grand avantage à être harmonisées en fonction des bonnes pratiques. Voici quelques éléments pertinents à évaluer pour assurer des interventions de qualité tout au long de la démarche entourant le PI :

- À titre d'indicateurs incontournables du PI, nous retrouvons d'abord chacune des actions reliées à sa planification, soit la préparation de tous les acteurs impliqués à l'élaboration du PI : expliquer à l'enfant et ses parents la démarche et le but d'un PI, les préparer à exprimer leurs besoins et leurs attentes, prévoir qu'ils soient accompagnés au besoin. L'élaboration du PI doit se faire avec la participation active de tous les acteurs impliqués, incluant l'enfant et sa famille, afin de dégager une vision commune des objectifs visant à mettre fin à la compromission. Un indicateur visant à démontrer la traduction des motifs de compromission formulés en objectifs atteignables permet de s'assurer du sens de la démarche du PI pour l'enfant et sa famille et de favoriser leur compréhension. La présentation du PI à l'enfant et sa famille après que ceux-ci aient participé à son élaboration est aussi une activité devant faire l'objet d'un suivi rigoureux pour s'assurer de l'importance accordée à sa mise en application.
- Quant aux indicateurs reliés à la mise en œuvre des services réalisés pour atteindre les objectifs du PI, elle regroupe quelques activités indispensables. D'abord des indicateurs relatifs à la tenue de dossier, notamment des critères du suivi des activités auraient avantage à être définis. Il s'agit alors de s'assurer que le suivi est documenté en fonction des objectifs et que les interventions directes sont à la fois privilégiées et colligées au dossier. Ensuite, le suivi d'activités doit préciser les stratégies d'intervention appropriées qui, elles, doivent être conformes aux approches reconnues et au processus clinique de l'établissement. Plus spécifiquement, les normes de tenue de dossier doivent être déclinées selon les standards attendus dans le secteur et constituer des critères à évaluer. L'important est de les définir selon les bonnes pratiques en la matière.

- La préparation à la révision du PI est une étape à laquelle il est judicieux de s'attarder. Elle devrait s'inscrire en cohérence avec le suivi du PI qui vise l'évolution vers l'atteinte des objectifs. L'enfant et ses parents doivent être en mesure de se positionner sur l'atteinte ou non de ceux-ci. Dans un contexte de protection, elle précède la rencontre de révision des mesures volontaires ou judiciaires. Cette étape, qui n'a rien d'une action administrative, nécessite elle aussi une préparation de l'enfant et sa famille. En fait, lors d'un suivi rigoureux, aucun fait nouveau ne devrait être adressé puisque l'enfant et ses parents ont participé à leur suivi de façon continue et sont en mesure de constater, dans la plupart des cas, l'évolution de leur situation.

4.3. Des méthodes d'évaluation de la qualité des interventions

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour évaluer la qualité des interventions réalisées en fonction de la qualité voulue. Les méthodes d'évaluation choisies doivent mesurer si les standards de pratique sont respectés. Il s'agit alors du concept de la qualité rendue tel que défini dans le cadre de référence RI-RTF : *« La qualité rendue est délivrée par l'ensemble des intervenants, du personnel, des gestionnaires et d'autres instances de l'établissement. Elle est, entre autres, évaluée à partir d'outils rigoureux ou validés et de processus formels. Ces processus permettent notamment de porter un jugement sur l'atteinte des balises ou des critères de la qualité préalablement définis, de mesurer les effets et de vérifier si les résultats voulus ont été atteints et, si non, de déterminer dans quelle mesure ils l'ont été »* (MSSS, 2016, p. 169).

Plusieurs actions d'évaluation peuvent être formalisées en fonction de ce qui doit être mesuré. Par exemple, l'audit clinique peut s'avérer fort pertinent sur plusieurs critères précis de la qualité de l'intervention, telle la tenue de dossier, et pourrait justement permettre d'évaluer la qualité rendue selon les critères prédéfinis. L'audit clinique se définit comme suit : *« C'est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des référentiels. Cette méthode s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Comme toutes les méthodes d'amélioration, l'audit clinique permet de comparer une pratique clinique à une démarche optimale. L'audit clinique est une méthode d'amélioration de la qualité. Il s'agit de l'évaluation des pratiques et/ou des processus par comparaison à des référentiels [...] L'audit clinique doit être réalisé par une personne ou un organisme n'ayant pas de responsabilité dans le secteur audité. L'auditeur doit être indépendant. »* (CHU Sainte-Justine, 2012, p. 1).

À cette démarche d'audit clinique peuvent aussi être jumelées des observations terrain, lesquelles, dans une perspective de porter un regard évaluatif sur les habiletés en relation d'aide, s'avèrent pertinentes. De plus, le cas traceur peut constituer une autre dimension d'une démarche d'audit. Bien que laborieuse, cette démarche permet, selon une autre perspective, de valider la qualité du processus clinique. Toutefois, celle-ci est principalement utilisée pour faire suite à des processus cliniques déficitaires. Or, il s'avérerait judicieux de l'utiliser dans d'autres contextes, évitant ainsi une lecture de la situation en réaction afin de s'inscrire davantage dans une philosophie d'amélioration continue. Il pourrait alors certainement en résulter des stratégies efficaces.

De plus, l'utilisation de différents outils pourrait servir ou même être développée à certaines étapes du processus clinique. En guise d'exemple, il pourrait être judicieux, une fois la qualité voulue définie en termes de collaboration interprofessionnelle, d'impliquer les intervenants dans la complétion d'un questionnaire sur leurs compétences reliées à celle-ci.

Aussi, l'utilisation de grilles d'observation sur les comportements en travail d'équipe, plus précisément sur la qualité des facteurs interactionnels, pourrait être privilégiée pour mesurer la dimension des comportements favorisant l'approche collaborative (Carreau, 2013).

L'outil de type « sondage », bien que souvent mal perçu, peut amener un éclairage complémentaire et enrichissant pour s'assurer de la qualité des interventions. En fait, la participation de l'enfant et des familles doit être encouragée lorsqu'il est question de qualifier les interventions qui ont été effectuées auprès d'eux. D'ailleurs, des études démontrent que ce type d'échange avec l'utilisateur est une occasion à saisir vers l'amélioration continue des services : « *De plus, pour chacune de ces dimensions, l'utilisateur est invité à commenter la satisfaction et les éléments d'amélioration souhaités. Cette opportunité de s'exprimer sur les soins et les services reçus contribue à l'ajustement des services, des besoins et des préférences de l'utilisateur. Ces pratiques de rétroaction sont fortement recommandées.* »⁵

Enfin, plusieurs méthodes sont envisageables pour mesurer la qualité de l'intervention, mais il est impératif d'attribuer aux établissements les moyens d'y parvenir, ce qui semble difficile et laborieux à actualiser dans l'environnement actuel.

4.4. La collaboration des directions partenaires

Selon leurs rôles et leurs responsabilités, plusieurs personnes peuvent être impliquées à la mise en œuvre, à l'application ou au suivi du processus de contrôle de la qualité (MSSS, 2016). En ce sens, les directions au sein des CISSS et CIUSSS du Québec ayant le mandat de l'assurance qualité doivent représenter de proches collaborateurs pour accompagner les directions des services jeunesse.

Les directions partenaires, notamment celles portant la mission de la qualité dans les établissements, devraient être impliquées pour structurer et encadrer la qualité de l'intervention, non pas dans un esprit coercitif, mais dans une vision d'amélioration continue. Ainsi, la mise en commun des forces et expertises, des connaissances et des savoirs expérimentiels de plusieurs parties prenantes devrait être privilégiée pour implanter un tel processus visant à assurer la qualité de l'intervention. Au-delà des collaborations, pour parvenir à un suivi rigoureux de celle-ci, une personne spécifique devrait être totalement dédiée à l'accompagnement en continu des équipes de proximité et de la protection de la jeunesse. Cette dernière pourrait soutenir les chefs de service dans une fonction importante et encore peu familière, soit celle d'assurer des interventions de qualité aux enfants.

⁵ Institute of medicine (2006) Improving the quality of healthcare for mental and substance use condition: Quality chasm series. Washington, DC: The National Academies Press ; American psychological association presidential task force on evidence-based practice (2006) Evidence-based practice in psychology. American Psychologist, 61, Tiré de : CIUSSS MCQ. (2018a). *Politique sur le processus clinique* (Document inédit). Trois-Rivières, Québec : Direction des services multidisciplinaires, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

Enfin, il serait judicieux de réfléchir de quelle direction ou même de quelle instance cette personne devrait relever. Quoi qu'il en soit, l'impartialité et le pouvoir d'agir devraient être considérés dans ce choix.

4.5. Le chef de service comme coresponsable du suivi de la qualité des interventions

De par son rôle et la nature de celui-ci, le chef de service a la responsabilité de donner des attentes claires aux intervenants, de soutenir la qualité de leur pratique et de vérifier les résultats (INESSS, 2019). En ce sens, il ne doit pas gérer l'intervention, mais bien les conditions visant à assurer la qualité des services. Il doit mettre en place les conditions pour s'assurer que l'ensemble de son équipe offre une qualité de services aux enfants et leur famille. Il doit aussi favoriser, dans ses échanges avec son équipe, le sens et la vision entourant la qualité des services à dispenser aux enfants selon les orientations convenues.

S'assurer du suivi en continuité des indicateurs de qualité dans son équipe signifie de porter des actions quotidiennes en ce sens. Évidemment, la responsabilité première de l'imputabilité quant à la qualité des interventions revient au chef de service. Si la gouvernance souhaite que le temps et l'énergie du chef de service soient consacrés au suivi de ces indicateurs, elle devra non seulement s'assurer de bien l'outiller, mais aussi le soutenir en continu pour qu'il pose et priorise les bonnes actions. Autrement dit, le chef de service a lui aussi besoin du soutien de sa direction pour assurer la qualité des interventions dans son secteur.

Une condition gagnante davantage liée à une gestion de ressources humaines, mais non négligeable, demeure le climat d'équipe. Le chef doit avoir des contacts réguliers avec son équipe pour renforcer un climat d'équipe sain et à l'inverse pouvoir réagir en minimisant les impacts. Il ne s'agit pas de faire référence à une gestion de conflit interpersonnel, mais bien à une prévention d'un climat d'équipe positif qui doit passer, entre autres, par une communication régulière, le renforcement et la valorisation des bons coups et la conciliation travail-famille.

La collaboration étroite avec les leaders cliniques, tels que spécialistes en activités cliniques, précepteurs, réviseurs, etc... est une autre condition favorable à une prestation de services de qualité. Le chef de service doit donner des directives claires à celui qui assure des fonctions de soutien auprès des équipes pour que ce dernier soit constamment en cohérence avec les standards de pratique attendus. À titre d'exemple, le chef pourrait exiger du leader clinique qu'une discussion de cas lors du suivi d'un enfant se déroule uniquement avec le PI complété à jour et en main. Légitimer le leader clinique de telles actions en lui donnant les conditions gagnantes le mobilisera et modulera certainement la façon dont il assurera le soutien auprès de l'équipe.

Enfin, le chef de service doit soutenir et rendre possible les mesures d'encadrement et de soutien aux intervenants et aux leaders cliniques en y accordant le temps requis, mais aussi en étant constamment attentif aux besoins de développement de son équipe en questionnant son personnel. Il doit donc s'assurer que son équipe dispose de l'ensemble des conditions favorables pour garantir une qualité d'intervention auprès des enfants vulnérables.

5. L'encadrement et le soutien clinique des intervenants

Avec les changements organisationnels et la complexité des problématiques auxquelles sont confrontés les intervenants, l'encadrement et le soutien clinique figurent parmi les enjeux à considérer. Ce soutien, lorsque disponible et approprié, entraîne un impact direct sur la qualité de la pratique professionnelle et constitue une orientation ministérielle du programme-services Jeunes en difficulté 2017-2022. À l'inverse, une incidence est observée entre un soutien déficitaire et la rétention du personnel. Le niveau d'exigence attendu des intervenants sur le plan des connaissances, des stratégies d'intervention reconnues et des habiletés en relation d'aide justifie clairement un soutien clinique ajusté à leurs besoins. Celui-ci doit être offert en continu afin de maintenir leurs connaissances en lien avec l'évolution des pratiques et favoriser le développement de leurs compétences professionnelles. Une pratique de qualité ne repose pas uniquement sur la responsabilité de l'intervenant, mais relève aussi de celle des établissements qui doivent mettre en place des conditions assurant la qualité des services attendus.

Sur son site Internet, le Conseil québécois d'agrément (www.cqa.net) définit la qualité comme *« la capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des clients (usagers), par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus »*.

5.1. Le soutien des compétences en préservant l'expertise et en valorisant la complémentarité

Dans un continuum de services aux jeunes en difficulté se trouve des intervenants possédant des compétences similaires requises de façon générale en intervention familiale. Nous retrouvons notamment les habiletés reliées à la relation d'aide et certaines approches d'intervention, dont l'approche écosystémique. De plus en plus, l'approche centrée sur les solutions et l'approche motivationnelle sont connues des intervenants. Selon la formation académique, les différentes sphères du développement de l'enfant sont également enseignées. L'ensemble de ces compétences doivent être soutenues en tenant compte du contexte d'intervention dans lequel l'intervenant agit. C'est par ce contexte d'intervention, entre autres, que l'expertise spécifique des intervenants en proximité et en protection de la jeunesse se développe.

Tel que mentionné plus tôt, l'intervention des services de proximité est devenue beaucoup plus complexe avec les années. S'additionnant à cette complexité, les critères d'accessibilité de l'ensemble des différents programmes-services se sont resserrés. De ce fait, le champ d'exercice des intervenants s'est raffiné à plusieurs niveaux : évaluation du risque suicidaire, crises familiales, trouble de comportement et conflit de séparation, etc. En regard de cette complexité, les intervenants des services de proximité sont appelés à intervenir dans certains dossiers selon une rigoureuse gestion du risque.

Bien que ces derniers composent avec les mêmes problématiques familiales qu'en protection de la jeunesse, qu'ils doivent connaître la LPJ et s'y référer lorsque requis, la fine connaissance et la maîtrise de cette dernière reviennent aux intervenants travaillant sous cette loi d'exception.

En fait, le concept de protection, le processus judiciaire lié à l'intervention et l'intervention relative à la clarification de projet de vie relèvent de l'expertise des intervenants de la protection de la jeunesse. Cette expertise essentielle doit absolument être préservée. D'ailleurs, le rehaussement du rôle du réviseur que nous recommandons le confirme.

Cela étant dit, il apparaît fort pertinent d'explorer les similarités des champs d'exercice entre les services de proximité et ceux des personnes autorisées selon l'article 33 de la LPJ. Tenir compte de ces similarités tout en reconnaissant le champ spécifique de l'intervenant à l'application des mesures viserait une juste utilisation de l'expertise de chacun au profit du bien-être et de la protection des enfants.

De ce fait, analyser qui serait la meilleure personne autorisée significative pour agir dans une situation donnée n'a pas pour but de diluer l'expertise des intervenants en protection de la jeunesse. Elle vise plutôt à orienter l'intervention sous l'angle de la pertinence en misant sur une réponse optimale aux besoins de l'enfant et non uniquement selon les critères d'un programme-services. La pertinence signifie aussi de porter une attention à l'intervenant qui sera le mieux outillé pour intervenir en fonction de la problématique, selon son champ d'expertise. Par exemple, une situation d'abus physique ou d'abus sexuel obligeant la mise en place d'une entente multisectorielle exige l'expertise de la protection de la jeunesse. Celle-ci est aussi pertinente lors d'intervention visant la clarification du projet de vie d'un enfant. Dans ces situations, où même un intervenant des services de proximité serait connu, une co-intervention misant sur la complémentarité des expertises respectives pourrait s'avérer l'orientation clinique à privilégier et reposerait, une fois de plus, sur une analyse rigoureuse de la situation.

Dans une perspective de développement et de maintien des compétences, il serait certainement judicieux de prévoir des zones communes et spécifiques dans l'offre de soutien aux intervenants. Le parcours professionnel d'un intervenant, sa formation et ses choix de milieux de stages sont des aspects qui viennent influencer son besoin d'encadrement et de soutien. S'ajoutent à cela les attentes de son organisation et les balises du programme-services qui doivent être claires afin que l'intervenant situe son niveau de compétences en lien avec les standards attendus. Il sera alors en mesure de mieux cibler ses besoins d'encadrement et de soutien.

5.2. Une responsabilité partagée

Offrir du soutien clinique adapté aux intervenants ne devrait donc pas reposer sur un choix d'établissement, mais plutôt sur une reconnaissance collective de l'impact positif que permet ce soutien sur la qualité des services. Cette reconnaissance doit d'abord émerger à la fois d'une volonté de gestion et d'une vision commune des standards de qualité attendus. Les gestionnaires doivent planifier en conséquence l'organisation du travail et le temps alloué au développement continu des intervenants.

L'offre d'un soutien clinique adapté aux intervenants doit faire l'objet d'une responsabilité partagée entre les gestionnaires, les leaders cliniques et les intervenants. Elle ne devrait donc pas reposer sur un choix d'établissement, mais plutôt sur une reconnaissance collective de l'impact positif que permet ce soutien sur la qualité des services. Cette reconnaissance doit d'abord émerger à la fois d'une volonté de gestion et d'une vision commune des standards de qualité attendus. Les gestionnaires doivent planifier en conséquence l'organisation du travail et le temps alloué au développement continu des intervenants.

Pour y parvenir, les gestionnaires doivent être persuadés de l'investissement de ce temps sur la qualité et la sécurité des services. Avec la réorganisation des services, ces derniers doivent déléguer le soutien clinique à des intervenants assumant des fonctions de soutien. Bien sûr, dans certains contextes, une collaboration devra s'établir entre le leader clinique et le gestionnaire. Par exemple, lors d'une période de probation ou dans une situation où un intervenant se retrouvait en difficulté dans sa pratique, le chef demeure responsable de la prestation de travail. En fait, le gestionnaire devrait pouvoir compter sur un leader clinique qui soutiendra le développement de son personnel. Nous appellerons leaders cliniques ces intervenants qui peuvent être coordonnateurs, spécialistes en activités cliniques, etc. À ceux-là, et en cohérence avec nos moyens et actions proposés précédemment, nous incluons les réviseurs autorisés selon l'article 32 de la LPJ.

Les gestionnaires doivent consacrer un temps considérable à l'organisation des services, à la communication des orientations et des attentes envers leur équipe. En nombre suffisant, les leaders cliniques permettront aux gestionnaires de s'acquitter de l'ensemble de leurs fonctions de gestion. De plus, en étant plus disponibles, les gestionnaires pourront adopter une saine gestion des ressources humaines : accueillir les nouveaux employés et offrir une écoute aux intervenants tantôt stressés par les défis cliniques, tantôt affectés par une intervention difficile. Enfin, ils pourront s'assurer de la qualité des services, notamment par une révision régulière de la charge de travail, selon des standards déterminés.

Le rôle du leader clinique devrait être assumé par un intervenant expérimenté, possédant une expérience clinique significative et une connaissance des lois, et ce, tant au niveau des services de proximité que ceux en protection de la jeunesse. Il doit maîtriser les approches et les programmes reconnus ainsi que les étapes d'un processus de planification de l'intervention afin d'assurer le sens et la rigueur du PI. Aussi, le leader clinique doit être reconnu pour son savoir-être et devenir un modèle de rôle pour les intervenants qu'il accompagne. De plus, ses fonctions devraient être centrées sur le soutien clinique et non administratif. Enfin, les leaders cliniques doivent intégrer à leur pratique clinique les normes et standards reconnus et promus par la Direction des services multidisciplinaires (DSM) de leur établissement. Le tout dans un souci de cohérence et de respect des normes de la pratique professionnelle.

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, de jeunes professionnels peu expérimentés intègrent les services jeunesse tout juste après leurs études ou même pendant leur parcours scolaire. Ils se retrouvent rapidement parachutés dans la réalité et la complexité de l'intervention auprès des familles en grande difficulté. Ainsi, l'écart entre la théorie et la pratique génère rapidement des défis cliniques qui peuvent entraîner un état de stress chez l'intervenant et fragiliser son intégration et sa mobilisation. En ce sens, le développement d'une étroite collaboration avec les maisons d'enseignement constituerait un avantage majeur afin de faciliter le transfert des apprentissages des jeunes professionnels dans leur milieu de travail.

Par exemple, des arrimages avec les maisons d'enseignement permettant le partage d'outils cliniques utilisés dans les CISSS et CIUSSS du Québec favoriserait l'appropriation progressive des pratiques du milieu par la relève.

Finalement, l'intervenant a lui aussi une responsabilité d'offrir une pratique professionnelle diligente, sécuritaire et de qualité. Pour ce faire, il doit demeurer proactif quant à son développement saisissant les moyens mis à sa disposition pour développer et maintenir ses compétences. Il a aussi la responsabilité de demander du soutien lorsqu'il en ressent le besoin et l'établissement doit être en mesure de lui offrir.

5.3. L'harmonisation de l'encadrement et du soutien clinique

La réorganisation de notre système de santé favorise certainement l'harmonisation des pratiques professionnelles et le continuum de services aux jeunes en difficulté n'en fait pas exception. En ce sens, l'harmonisation devrait permettre à tous les intervenants de bénéficier d'un encadrement et d'un soutien relatif à sa pratique. De plus, chaque CISSS et CIUSSS du Québec devrait déployer son offre en matière de soutien aux intervenants de façon juste et équitable, et ce, peu importe où se trouvent les intervenants sur leur territoire.

Si planifier l'intervention auprès des familles assure judicieusement la réponse optimale aux besoins des enfants, la planification du soutien à offrir aux intervenants l'est tout autant. Effectivement, un soutien adéquat permettra aux intervenants de partager leurs connaissances des techniques et stratégies d'intervention, de favoriser une pratique réflexive tout en créant des liens avec leurs collègues, de réduire l'isolement et les risques d'épuisement professionnel en plus de favoriser la rétention du personnel. Ce sont là des facteurs de protection au bien-être et à la mobilisation de l'intervenant tout en contribuant directement à la qualité des services.

Dans un premier temps, un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux intervenants doit être disponible pour les intervenants des services de proximité et de la protection de la jeunesse. Celui-ci devrait miser sur les zones communes et spécifiques, selon le champ d'intervention de chacun. De plus, au-delà des connaissances génériques liées au programme-services et aux processus visant l'application de la Loi, il doit insister sur les habiletés à développer en relation d'aide. Celles-ci auraient avantage à être mises en perspective avec le contexte d'intervention dans lequel se retrouvera l'intervenant. De là, il serait nécessaire de prendre le temps d'aborder les moments de doute et d'impuissance que certaines situations feront vivre à l'intervenant, et surtout, de les normaliser.

Outre le programme d'accueil et d'intégration, il est essentiel de prévoir des modalités de soutien adaptées aux besoins et au niveau d'expérience des intervenants. Selon la littérature, il existe une multitude de moyens pour offrir de l'encadrement et du soutien clinique aux intervenants (CIUSSS MCQ, 2018b). En ce sens, certaines modalités s'avèrent plus pertinentes que d'autres selon les besoins de l'intervenant et où il se situe dans son cheminement professionnel. Il est possible que certains besoins soient partagés par plusieurs intervenants alors que d'autres soient spécifiques à certains d'entre eux. Il s'avère donc essentiel de consulter les intervenants pour cibler correctement leurs besoins. Il s'agit alors des facteurs à considérer pour bien déterminer le choix de la modalité de soutien à offrir pour atteindre l'objectif souhaité qui peut varier d'un contexte à l'autre.

Simultanément à son programme d'accueil et d'intégration, le nouvel intervenant devrait bénéficier d'une modalité individuelle ou de groupe, selon le contexte, lui permettant d'acquérir les habiletés relatives à ses nouvelles fonctions. Dans sa procédure sur les modalités d'encadrement et de soutien, la DSM du CIUSSS MCQ définit le préceptorat comme : « *une relation officielle, d'une durée préétablie, entre deux intervenants ou plus, habituellement de la même profession ou du même domaine d'intervention, à savoir une personne expérimentée (précepteur) et une personne ou des personnes nouvellement embauchées ou qui effectuent un changement majeur de secteur d'activités (préceptoré(s)). Cette relation permet d'aider un ou des préceptorés à s'adapter au milieu de travail et à réussir dans de nouvelles fonctions par le développement et l'acquisition des connaissances cliniques (savoir), par l'expérience pratique (savoir-faire) directement sur le terrain si requis, ainsi que par une transmission des attitudes et qualités nécessaires pour l'exercice de l'emploi (savoir-être). Le préceptorat ne remplace pas la période d'accueil et d'intégration qui doit être offerte dans le milieu.* » (CIUSSS MCQ, 2018b, p. 4). À la lumière de cette définition, le préceptorat nous apparaît fort pertinent comme moyen d'encadrement et de soutien aux nouveaux intervenants. Il demeure indéniable d'adapter ce soutien en fonction des besoins spécifiques des intervenants.

Au-delà des modalités visant une intégration optimale de l'intervenant et le développement des habiletés relatives à ses nouvelles fonctions, il importe de favoriser en continu des mesures de soutien clinique. En fait, qu'il soit nouvellement en poste ou expérimenté, parce qu'il travaille avec des êtres humains extrêmement vulnérables et qu'il est son propre outil de travail, tout intervenant a besoin de se développer et de maintenir ses compétences. Il doit pouvoir bénéficier d'un lieu d'échange où il peut s'ouvrir tant sur ses expériences professionnelles douloureuses que sur ses succès et en ressentir de la valorisation. Le choix de la modalité, quant à elle, doit faire l'objet d'une analyse pour s'assurer d'une réponse adaptée, efficace et pertinente au besoin de l'intervenant.

Déployer du soutien clinique dans le continuum de services aux jeunes en difficulté veut aussi dire en offrir à ceux qui occupent eux-mêmes des fonctions de soutien auprès des intervenants. Qui soutient ceux qui soutiennent? L'existence de modalités de soutien permettant aux leaders cliniques de se développer et de partager entre eux les défis rencontrés dans le cadre de leurs fonctions devrait constituer la réponse à cette question. Ces leaders possèdent l'expertise clinique propre à leur secteur d'intervention. Ils sont au fait des approches, techniques et interventions basées sur les données probantes et les meilleures pratiques. Or, il est impératif d'assurer une harmonisation cohérente du soutien offert sur l'ensemble du territoire de leur CIUSSS ou CIUSSS.

Pour ce faire, une collaboration avec les directions des services multidisciplinaires s'avère alors tout à fait indiquée en regard des pratiques professionnelles définies par celles-ci. Il s'agirait pour les leaders cliniques de jumeler l'expertise propre à leur programme à celle des pratiques professionnelles de la DSM. En effet, l'expertise entourant l'intervention jeunesse appartient à la direction clinique, mais celle-ci doit aussi s'assurer du respect des normes de pratiques professionnelles issues de son organisation; elles aussi basées sur les données probantes.

6. Conclusion

La réorganisation des services en 2015 a amené son lot de défis et d'opportunités. La Commission Laurent représente une opportunité : celle d'adresser les moyens et les actions à actualiser pour protéger nos enfants et assurer leur développement. Pour y parvenir, une réelle volonté politique s'avère incontournable à plusieurs égards. D'abord, il est temps que les services jeunesse soient représentés par une direction nationale dans le but de faciliter les arrimages et disposer d'un plus grand pouvoir d'influence du DPJ. Dans le même esprit, Camil Bouchard, à son passage à la Commission parlait d'une action concrète pour prioriser nos enfants (cité par Nadeau, 2019): « L'état québécois doit adopter une politique nationale de lutte contre la maltraitance pour contrer ce *problème de santé publique* qui prend des proportions gravissimes. Ce doit désormais être *un enjeu social prioritaire* »

De plus, le DPJ devrait pouvoir exercer une meilleure agilité de son pouvoir actuel notamment envers les intervenants des services de proximité, service qui doit être rehaussé. Ce pouvoir permettra que ce soit l'intervenant le plus significatif et le mieux outillé qui assure le suivi auprès de l'enfant et sa famille. De ce fait, le DPJ aurait avantage à redéfinir le rôle des réviseurs. Ces derniers seraient les gardiens de la gestion du risque tout en devenant le lien entre l'aspect légal et l'intervention clinique. Ces possibilités, sans être des automatismes, seraient toujours judicieusement mises en œuvre dans le meilleur intérêt de l'enfant.

L'ensemble des établissements doivent se baser sur le modèle du réseau de la collaboration interprofessionnelle pour mieux réaliser le processus clinique et valoriser ainsi l'expertise de chacun pour une réponse optimale aux besoins de l'enfant. À ce processus, les intervenants doivent absolument faire du PI l'outil par excellence pour mobiliser l'enfant et sa famille autour des objectifs. Son utilisation régulière permettra de structurer le suivi en gardant l'accent sur l'atteinte de ceux-ci. Parce que l'enfant est la raison d'être du suivi réalisé, les intervenants devront s'exiger des interventions directes auprès des parents et l'enfant. D'ailleurs, le suivi individuel auprès de l'enfant devra faire partie de la planification de l'intervention et permettra l'écoute et la considération de ses besoins.

Pour porter un regard objectif sur la qualité de ces interventions et pour parvenir à être rassuré quant à la justesse de celles-ci, il est impératif de s'attarder à l'harmonisation de certaines balises de la pratique en fonction des normes et standards reconnus. Ainsi, un travail de collaboration entre les différents établissements de santé et services sociaux et le MSSS devrait être priorisé afin de déterminer des indicateurs et des méthodes d'évaluation, notamment ceux reliés au processus clinique.

Nous avons, au sein de nos établissements, des personnes qui, avec les moyens mis à leur disposition, pourraient largement contribuer à développer une structure visant à assurer la qualité des interventions à l'égard des enfants. De ce fait, il est souhaitable qu'une ou des personnes soient désignées spécifiquement au contrôle de la qualité dans les services jeunesse. En mobilisant les chefs de service autour d'actions quotidiennes à privilégier, ces dernières pourraient les outiller et les soutenir au long cours afin qu'ils assurent le suivi de la qualité des interventions. Il s'agirait d'unir nos forces et de consacrer nos énergies à une culture d'amélioration continue plutôt qu'être en réaction aux événements déplorables, voire même inacceptables.

S'attarder à la qualité de l'intervention signifie également s'attarder au développement et au maintien des compétences et de l'expertise des intervenants. En effet, la complexité des situations, la pratique en constante évolution et l'exigence de maîtriser les stratégies d'intervention issues d'approches reconnues exigent inévitablement un développement professionnel continu pour chaque intervenant. Peu importe son niveau d'expérience, ce dernier doit pouvoir compter sur un soutien clinique en fonction de ses besoins. Chaque établissement devrait donc mettre en place des modalités d'encadrement et de soutien afin d'orienter chacune de ses actions vers la qualité de l'intervention auprès des enfants.

Il est primordial comme société de considérer l'impact de nos décisions sur les enfants et la Commission doit donner l'orientation de celles à venir. Vraisemblablement, il n'y a aucun doute. Chacune des actions proposées dans ce mémoire converge vers un choix qui s'impose : celui de prioriser la protection et le développement de nos enfants. Nos enfants, les vôtres, les leurs qui ont un droit fondamental : celui de se développer de façon harmonieuse dans un environnement sécuritaire et stimulant et de recevoir, lorsque requis, une aide de la plus grande qualité qui, au bon moment, fera la différence de leur vie.

Bibliographie

- Careau, E. (2013). *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires*. (Thèse de doctorat). Université Laval, Québec, Canada.
- CHU Sainte-Justine. (2012). *Concepts reliés à une démarche d'audit - Stratégie d'intervention à l'unité néonatale du CHU Sainte-Justine*. Montréal, Québec : UETMIS du CHU Sainte-Justine. Récupéré le 27 novembre 2019 : https://www.chusj.org/getmedia/aa285b5f-a36d-4513-a9e5-4ca5b469fc54/UETMIS_audit_fr.pdf.aspx
- CIUSSS MCQ. (2016). *Formation aux réviseurs* (Document inédit). Trois-Rivières, Québec : Direction de la protection de la jeunesse, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- CIUSSS MCQ. (2019). *Ma famille, mes racines : s'unir pour grandir. Programme d'intervention en négligence*. (Document inédit). Trois-Rivières, Québec : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- CIUSSS MCQ. (2018a). *Politique sur le processus clinique* (Document inédit). Trois-Rivières, Québec : Direction des services multidisciplinaires, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- CIUSSS MCQ. (2018b). *Procédure sur les modalités d'encadrement et de soutien* (Document inédit). Trois-Rivières, Québec : Direction des services multidisciplinaires, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse. (2004). *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*. (Rapport comité d'expert). Québec, Canada : Dumais, J., Brie, N., Cantin-Archer, M-J., Désy, J., Girouard, C., Godman, M., Gosselin, J-S., Jacob, M., Noël, M-C., et Potvin, J-M.
- INESSS. (2019). *Guides et normes : L'application des mesures en protection de la jeunesse – Cadre de référence*. Québec, Canada : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux : Tremblay, D., Sirois M-C., et Gadoury, S.
- Nadeau, J-F. (2019). Commission Laurent : la maltraitance des enfants est un problème majeur de santé publique. (Article rubrique Société du journal Le Devoir). Récupéré le 27 novembre 2019 : <https://www.ledevoir.com/societe/567877/commission-laurent-la-maltraitance-des-enfants-est-un-probleme-majeur-de-sante-publique>
- Loi sur la protection de la jeunesse : L.R.Q., c. P-34.1. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/P-34.1.pdf>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q. c. S-4.2. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>

- MSSS. (2016). *Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial-Cadre de référence*. Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf>
- MSSS. (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-838-04.pdf>.
- MSSS. (2017). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille* (Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022). Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. Disponible à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf>
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux. (2017). *Définition de la collaboration interprofessionnelle* Récupérée le 20 novembre 2019 du site : <http://www.rcpi.ulaval.ca/soutien-a-l-integration-des-travailleurs-sociaux-en-gmf/collaboration-interprofessionnelle/>
- Vandergrift, K., Milne, C., Rogerson, C., Wolff, L., Pollaert, N., et Chan, E. (2009). *L'intérêt supérieur des enfants : Signification et mis en en application au Canada*. Communication présentée au 20e anniversaire de la Convention relative aux droits de l'enfant. Toronto, Ontario. Récupéré le 20 novembre 2019 du site : <http://rightsofchildren.ca/wp-content/uploads/2016/03/BIC-Report-FRE-Web.pdf>

**Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux de
la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Siège social

858, terrasse Turcotte

Trois-Rivières (Québec) G9A 5C5

www.ciusssmcq.ca

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 