

***Implantation d'un Centre de services intégrés
en abus et maltraitance (CSIAM) à Québec***

Rapport d'évaluation des besoins et de la faisabilité

Implantation d'un Centre de services intégrés en abus et maltraitance (CSIAM) à Québec

Rapport d'évaluation des besoins et de la faisabilité

Marc Alain, Ph.D.

Professeur titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Danielle Nadeau, Ph.D., L.L.B.

Psychologue-chercheuse, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Véronique Leclair

Étudiante à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Geneviève Lamonde, M. Serv. Soc.

Agente de planification, de programmation et de recherche, Institut universitaire du Centre
jeunesse de Québec

Annick St-Amand, Ph.D.

Professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Avec la collaboration d'**Hélène Groleau, t.s.**

CIUSSS de la Capitale-Nationale

Auteurs : Marc Alain, Ph.D.
 Professeur titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières

 Danielle Nadeau, Ph.D., L.L.B.
 Psychologue-chercheuse – CIUSSS de la Capitale-Nationale

 Véronique Leclair
 Étudiante à l'Université du Québec à Trois-Rivières

 Annick St-Amand, Ph.D.
 Professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières

 Geneviève Lamonde, M. Serv. Soc.
 APPR – Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec

Collaborateurs : Hélène Groleau, t.s.
 CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mise en page : Lucille Grondin
 Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec

Note : Dans le présent texte, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.
 Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Production : Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec
 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
 2915, avenue du Bourg-Royal
 QUÉBEC (Québec) G1C 3S2
 Téléphone : 418 661-6951
 Télécopieur : 418 661-5079
 <http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/>

Dépôt légal : 4^e trimestre 2016
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 978-2-550-77459-4 (imprimé)
 978-2-550-77461-7 (PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier les acteurs du milieu qui se sont mobilisés pour participer aux groupes de discussion :

- Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec).
- Le Service de police de la ville de Québec (SPVQ).
- Le Service de police de la ville de Lévis (SPVL).
- La Sûreté du Québec (SQ).
- Groupe de chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université Laval.
- Le Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP).
- Le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de Québec (CAVAC).
- Le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Québec (Viol-Secours).
- La table régionale sur les jeunes à risque d'exploitation sexuelle.

Nous voulons également remercier les membres du comité directeur intersectoriel pour leur engagement dans le projet de mise sur pied du Centre de services intégrés en abus et maltraitance (CSIAM).

Nous tenons à souligner l'excellent travail de M. Maxime Pedneault (transcription du contenu audio des groupes de discussion), de M. Denis Lacerte (extraction des données de PIJ), de M. Francis Cossette (extraction des données du SPVQ) et de M^{me} Lucie Camiré (relecture et corrections) dans la réalisation de ce rapport d'évaluation.

Finalement, nous voulons souligner le soutien financier de Justice Canada qui a subventionné en partie cette démarche évaluative dans le cadre du Fonds d'aide aux victimes – Centres d'appuis aux enfants.

Table des matières

	PAGE
Remerciements	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	xi
Sommaire exécutif.....	xiii
Introduction	1
1. Mandat et questions générales d'évaluation.....	5
1.1. Mandat : accompagnement, co-construction et suivi.....	5
1.2. Précisions méthodologiques.....	6
1.3. Considérations éthiques.....	7
2. Évaluation des besoins.....	9
2.1. Étude 1 – Examen des signalements en protection de la jeunesse.....	9
2.1.1. Objectifs.....	9
2.1.2. Méthodologie.....	9
2.1.3. Résultats.....	9
2.2. Étude 2 – Examen des plaintes policières.....	15
2.2.1. Objectifs.....	15
2.2.2. Méthodologie.....	15
2.2.3. Résultats.....	15
2.3. Étude 3 – Perceptions des intervenants.....	21
2.3.1. Objectifs.....	21
2.3.2. Méthodologie.....	22
2.3.2.1. Participants.....	22
2.3.2.2. Entretiens à l'aide de questions ouvertes.....	22
2.3.2.3. Procédure.....	22
2.3.2.4. Traitement et analyse des données.....	23
2.3.3. Résultats.....	23
2.3.4. Forces et limites de l'analyse des propos des intervenants.....	47
3. Les centres d'appui aux enfants.....	49
3.1. Le modèle.....	49
3.2. La recherche	51

	PAGE
4. Évaluation de la faisabilité	53
4.1. Les éléments de faisabilité perçus par les intervenants	53
4.2. Les éléments de faisabilité ressortant de l'approche de co-construction.....	59
5. Le Modèle logique.....	61
6. Conclusion	67
6.1. Recommandations pour les étapes à venir.....	67
Références.....	69
Annexe 1 — Tableau des participants.....	73
Annexe 2 — Guide d'entretien	75
Annexe 3 — Feuille explicatif.....	77
Annexe 4 — Formulaire de consentement.....	79
Annexe 5 — Schéma de la démarche d'analyse thématique	81
Annexe 6 — La vision complémentaire de chercheurs du domaine	83
Annexe 7 — Localisation des Centres d'appui aux enfants au Canada.....	87

Liste des tableaux

Tableau 1	Sexe des victimes en fonction du motif de signalement- 2010 à 2015 (n = 10 274).....	11
Tableau 2	Âge moyen des victimes en fonction du motif de signalement- 2010 à 2015 (n = 10 274).....	12
Tableau 3	Catégories d'abuseurs en fonction du motif de signalement - 2010 à 2015 (n = 8666).....	12
Tableau 4	Décisions pour les signalements en abus physiques et abus sexuels - 2010 à 2015 (n = 10 284).....	13
Tableau 5	Décisions pour les évaluations en abus physiques et abus sexuels - 2010 à 2015 (n = 3865).....	14
Tableau 6	Sous-catégories des agressions sexuelles et des voies de fait	15
Tableau 7	Âge moyen des victimes d'agressions sexuelles et de voies de fait (n = 2674).....	17

Liste des figures

Figure 1	Logique de la démarche d'évaluation	7
Figure 2	Proportion occupée par les signalements pour abus physiques et abus sexuels de 2010 à 2015 (n= 10284)	10
Figure 3	Évolution du nombre de signalements reçus pour abus physiques et abus sexuels de 2010 à 2015 (n= 10284)	10
Figure 4	Trajectoire des dossiers de la réception du signalement (RTS) à la prise en charge (AM)	14
Figure 5	Distribution des infractions (n = 2675)	16
Figure 6	Sexe de la victime selon la catégorie d'infraction (n= 2675)	16
Figure 7	Relation entre l'agresseur et la victime selon le type d'infraction	18
Figure 8	Évolution du nombre d'agressions sexuelles et de voies de fait de 2010 à 2015.....	18
Figure 9	Évolution des taux d'agressions sexuelles et de voies de fait de 2010 à 2015	19
Figure 10	Évolution des taux d'agressions sexuelles par arrondissement de 2010 à 2015	20
Figure 11	Évolution des taux de voies de fait par arrondissement de 2010 à 2015.....	21
Figure 12	Illustration de trajectoires (NCA, 2015)	49
Figure 13	Modèle logique de l'implantation du CSIAM	62

Sommaire exécutif

Le présent rapport a comme objectif principal de faire un état de situation des personnes mineures victimes d'agressions physiques et d'agressions sexuelles¹ dans la région de la Capitale-Nationale et des interventions réalisées à leur endroit. On y trouve également une description aussi exhaustive que possible des perceptions des représentants des organismes institutionnels et communautaires appelés à intervenir directement et indirectement auprès de ces enfants et de leur famille et, le cas échéant, chargés d'accuser et de poursuivre les agresseurs. Depuis 2001, à Québec comme ailleurs dans la province, ces organismes sont liés par l'*Entente multisectorielle* qui vise à protéger l'enfant et à lui venir en aide au moyen d'une procédure d'intervention sociojudiciaire qui assure une concertation efficace entre les ministères, les établissements de santé et de services sociaux et les organismes concernés par cette entente. Or, comme l'expérience et les éléments exposés dans le présent rapport le montrent clairement, l'application de l'*Entente multisectorielle* se révèle, sur le terrain, être particulièrement lourde, pas toujours facilitante pour les victimes et pour la réalisation des mandats des organisations qu'elle lie.

Il importe de souligner que ce ne sont pas tant les compétences (expertise, diversité et nombre) qui manquent dans la région de la Capitale-Nationale, mais une modalité de mise en commun de ces compétences et services qui soit aussi efficace qu'efficiente. Les auteurs du présent rapport, de même que l'ensemble des membres du comité de mise en place du projet (comité composé de représentants des organismes impliqués) sont convaincus, à partir de la revue de littérature sommaire présentée ici, que le modèle des *Child Advocacy Centers* (CAC), très répandu en Amérique du Nord, constitue la solution la plus adaptée à la mise en commun des services offerts auprès de cette clientèle. Nous souhaitons donc vivement que nos efforts actuels et à venir prennent forme dans un projet commun qui s'inspire du modèle des CAC : le Centre de services intégrés en abus et maltraitance (CSIAM).

Le présent rapport compte six sections, dont les quatre principales sont ici détaillées².

– Section 1 – Mandats et questions générales d'évaluation

Dès les premières démarches d'étude des besoins, de la conceptualisation et des modalités d'implantation d'un CAC dans la région de Québec, une équipe d'évaluation a été mise sur pied.

¹ Tout au long du rapport, nous référerons au terme « victime » pour désigner les enfants dont la situation a été signalée aux autorités. Cependant, certaines données sont tirées avant l'investigation des cas, donc il peut être plus juste de parler de « victimes présumées ».

² Nous ne présentons pas, dans ce résumé exécutif, la section 3 – Revue de la littérature sur le modèle de CAC – et la section 5 – Le modèle logique issu des travaux conjoints du comité d'évaluation et de mise en place du CSIAM.

Deux éléments contribuent à définir le mandat de cette équipe d'évaluation : 1) l'implication des évaluateurs dès le début de la démarche, et 2) le travail conjoint des évaluateurs avec les acteurs du milieu.

- Les travaux de l'équipe d'évaluation s'inscrivent dans un processus d'accompagnement et de co-construction avec les acteurs du milieu.
- Dans ce type d'approche, les acteurs (évaluateurs et acteurs du milieu) s'entendent sur des buts et des méthodes, participent à la collecte et à l'analyse des données et collaborent à l'implantation de l'approche, ce qui permet de se doter d'une perspective critique et de favoriser l'appropriation des changements souhaités ou envisagés.
- Le mandat de l'équipe d'évaluation est de guider les travaux relatifs à une évaluation des besoins et de documenter les ressources nécessaires pour l'implantation du CSIAM. Pour ce faire, l'équipe d'évaluation a réalisé une étude de besoins et une étude de faisabilité ayant chacune leur objectif respectif :
 1. Circonscrire les besoins des différentes parties prenantes quant à l'application de *l'Entente multisectorielle*, afin que le CSIAM puisse répondre aux besoins réels du terrain.
 2. Évaluer la faisabilité d'implanter le CSIAM à Québec en établissant une adéquation entre les besoins prioritaires et les ressources nécessaires pour y répondre.

– Section 2 – Évaluation des besoins

Cette partie du rapport comporte trois sous-sections, soit 1) celle qui rapporte les données des six dernières années concernant les signalements à la protection de la jeunesse liés aux motifs d'abus physiques et d'abus sexuels, 2) celle qui rapporte les données recueillies par le Service de police de la Ville de Québec et qui concerne uniquement les plaintes pour voies de fait et agressions sexuelles sur des personnes mineures et 3) celle qui résume les propos tenus par des intervenants appartenant aux organisations impliquées dans les situations visées par *l'Entente multisectorielle*, propos tenus à l'occasion de groupes de discussion.

– Sous-section 2.1.

Analyse des données concernant les signalements à la protection de la jeunesse.

L'ensemble des données présentées dans cette section sont tirées de la Base de données informationnelle (BDI), dans laquelle sont colligés les faits enregistrés par les intervenants à chacune des étapes des interventions effectuées au Centre jeunesse de Québec. Ces données sont anonymes et couvrent la totalité des signalements reçus entre janvier 2010 et décembre 2015 inclusivement.

- Les signalements pour abus physiques constituent la majorité (75 %) des deux types de signalements reçus entre 2010 et 2015, soit les signalements pour abus sexuels et ceux pour abus physiques.

- Si la répartition garçons / filles est à peu près équivalente pour ces deux motifs de signalement (46 % pour des garçons et 54 % pour des filles), les filles sont sur-représentées dans les signalements pour abus sexuels (77 % contre 23 % des victimes masculines).
 - Bien que le nombre de signalements pour abus sexuels fluctue relativement peu dans le temps, le nombre de signalements pour abus physiques augmente d'année en année. Ces deux tendances s'observent également dans les données obtenues auprès du Service de police de la Ville de Québec.
 - À l'intérieur de notre population de 7454 enfants signalés sur les six années analysées, on note que 86,8 % appartiennent à la majorité francophone d'origine québécoise et que seulement 1,4 % (n = 110) appartient à la communauté des Premières-Nations. Ce taux peut sembler faible, mais comme la proportion d'enfants mineurs des Premières-Nations représente 0,4 % du nombre total de jeunes âgées de 0 et 18 ans de la région de la Capitale-Nationale, il devra faire l'objet d'une réflexion approfondie.
- **Sous-section 2.2.**
Analyse des plaintes policières pour voies de fait et agressions sexuelles sur des personnes mineures sur le territoire de l'agglomération de Québec.

Cette section présente des données ayant trait aux agressions sexuelles et aux voies de fait sur des personnes mineures qui ont fait l'objet d'une plainte policière entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2015 sur le territoire de la Ville de Québec.

- Sur 2675 infractions enregistrées, 64 % sont relatives à des voies de fait alors que 36 % concernent des agressions sexuelles.
- On note une augmentation substantielle des voies de fait sur des personnes mineures en six ans, passant de 139 à 426, soit trois fois plus de situations. Quant aux agressions sexuelles, on observe deux fois plus de situations en 2015 qu'en 2010 (222 versus 107).
- Pour ces deux catégories d'infractions, les garçons sont dans une plus forte proportion victimes de voies de fait (61 %) comparativement aux filles qui, elles, sont plus fréquemment victimes d'agressions sexuelles (76 %).
- Dans les situations d'agressions sexuelles, l'agresseur est dans une forte proportion (80 %) une personne proche de la victime. Dans 12 % des cas, il s'agit d'un étranger et dans 8 % des cas, l'agresseur n'a pas été identifié au moment du traitement de la plainte.
- Dans la majorité des situations de voies de fait (90 %), une personne proche de l'enfant est identifiée comme l'agresseur. Dans moins d'un cas sur dix (7 %), l'agresseur est un étranger et dans 3 % des cas, l'agresseur n'a pas été identifié au moment du traitement de la plainte.

– **Sous-section 2.3.**
Analyse des perceptions des intervenants

Étant donné que les pratiques de collaboration et de concertation sont au cœur, non seulement de l'*Entente multisectorielle*, mais également de l'implantation du CSIAM, nous nous sommes intéressés ici autant aux points de divergence que de convergence des opinions émises par les différentes parties prenantes afin de dresser un portrait des besoins en présence.

Les perceptions des acteurs du milieu ont été recueillies au moyen de groupes de discussion et le contenu des propos échangés a fait l'objet d'une analyse par thématiques. Ainsi, 16 groupes de discussion ont permis de rejoindre 154 participants. Parmi ces participants, on compte 11 gestionnaires et 143 intervenants de différentes disciplines.

Deux questions spécifiques ont été proposées et utilisées pour circonscrire les objets à documenter dans le cadre de notre étude de besoins : 1) quelles sont les forces et les limites de l'*Entente multisectorielle* ? et 2) quels sont les éléments de solutions qui favoriseraient une meilleure application de l'*Entente multisectorielle* ?

- Le partage de l'information
 - Quelques participants ont référé à la persistance d'une méconnaissance des modalités dans les services existants. Cette méconnaissance conduit à une sous-utilisation des services ou à une application limitée des modalités de l'*Entente multisectorielle*.
 - Il se dégage des propos des participants qu'il y a confusion à propos des balises légales entourant la consultation des dossiers médicaux ou psychosociaux, ou la nature des informations que les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont en droit de communiquer en cours de suivi.
 - Il ressort du discours des participants qu'une communication continue et fluide est essentielle à la prise de décisions optimale dans la gestion des dossiers et la dispensation des services. Les partenaires ont d'ailleurs soulevé l'importance de clarifier les modalités de transfert de l'information confidentielle afin de favoriser la collaboration et la concertation.
- Les ressources humaines
 - Le roulement de personnel au sein des organisations est un défi important mentionné de façon assez unanime lors des entretiens. Selon les participants, cette situation engendrerait une perte d'expertise et rendrait la cohésion d'équipe plus difficile, entraînant des effets négatifs sur les familles et la gestion des situations.
 - Le manque de ressources humaines spécialisées et adéquatement formées est soulevé par les différents partenaires, plus spécifiquement au sein des équipes médicales et policières.

- Pistes de solutions suggérées : favoriser le développement d'équipes spécialisées pour éviter la perte d'expertise et pour favoriser la cohésion des interventions interdisciplinaires ; mettre en place un programme de formation continue pour l'ensemble des partenaires et consolider des formations déjà offertes.
- Les rôles et responsabilités
 - Une méconnaissance des rôles et des responsabilités des partenaires est identifiée par l'ensemble des professionnels. Cette méconnaissance semble avoir un effet négatif important sur l'efficacité du traitement interdisciplinaire des situations d'abus sexuels et physiques.
- La trajectoire de services actuelle
 - La trajectoire de services des situations d'abus sexuels ou physiques est décrite par les partenaires comme étant complexe, c'est-à-dire qu'il est difficile pour ces derniers de bien en comprendre toutes les étapes et de les mettre en application. Cette perception de complexité peut s'expliquer par le fait que *plus on avance dans la trajectoire proposée par l'Entente multisectorielle, moins il y a de concertation entre les partenaires*. Il semble qu'avec le temps, il devient difficile pour les partenaires de communiquer leurs décisions et actions, ce qui fait que la compréhension commune de l'évolution du dossier peut s'en trouver entachée.

Les pistes de solutions suggérées se divisent en trois :

- Les répondants ont mentionné de façon unanime la pertinence, dans un monde idéal, de se regrouper en un seul lieu pour travailler ensemble. Tous se disent d'avis que cela faciliterait la concertation tout au long du processus et permettrait d'offrir des services mieux intégrés et répondant davantage aux besoins de la famille.
- Les répondants ont soulevé l'importance d'offrir les services dans un lieu neutre, adapté à l'enfant et accessible aux familles. Plus spécifiquement, les partenaires ont parlé d'un lieu accueillant où les besoins de base de l'enfant peuvent être répondus (sieste, collation, salle de bain adaptée, salle de jeux, etc.) et où les parents peuvent aussi être pris en charge.
- L'ensemble des solutions proposées gravite autour de l'importance de tenter de centrer vraiment la trajectoire de tous les services offerts autour de l'enfant. Autrement dit, ce sont les services qui se rendent à l'enfant et le bien-être de ce dernier devrait demeurer la priorité.

En somme, tant les lacunes identifiées que les pistes de solutions et les suggestions avancées par les acteurs du milieu interrogés pointent vers une modalité d'organisation et de dispensation de services tout à fait alignées avec ce que le modèle des CAC préconise.

– Section 4

Étude de faisabilité de la mise sur pied d'un centre d'appui aux enfants pour la Ville de Québec

Cette section du rapport s'attarde, d'une part, à démontrer le réel intérêt des représentants de l'ensemble des organismes partenaires à participer à l'implantation et au fonctionnement récurrent du CSIAM et, d'autre part, à démontrer que les ressources humaines et financières déjà en place pourront largement suffire à assurer le fonctionnement quotidien de la nouvelle structure.

- De façon générale, les répondants se disent d'avis que les services devraient être les plus intégrés possible et devraient tous se retrouver **sous un même toit** : celui du CSIAM. Les partenaires nomment différents avantages associés à un bon niveau d'intégration de services tels qu'une meilleure cohésion d'équipe, le développement d'une expertise et la prise en charge plus facile de l'enfant.
- Les partenaires se sont exprimés sur le genre de **services cliniques** qu'ils considèrent comme essentiels dans un centre comme le CSIAM en mentionnant le choix d'une approche de traitement en santé mentale qui est soutenue empiriquement. Différentes parties prenantes ont également mentionné la pertinence clinique d'offrir des services individualisés considérant le vécu des familles.
- En ce qui a trait au **lieu physique**, les partenaires insistent sur l'importance de la neutralité des lieux choisis, c'est-à-dire un lieu n'étant pas associé, par exemple, à un centre hospitalier ou à un centre jeunesse. Les partenaires soulignent l'importance d'un lieu adapté aux enfants et aux familles. Le caractère chaleureux, accueillant et sécurisant de l'endroit semble faire l'unanimité.
- Pour ce qui est du **financement**, plusieurs participants soulignent l'importance de réfléchir au type de structure (institutionnelle ou communautaire) que le CSIAM désire adopter. Les participants voient des avantages et des désavantages aux deux types de structures. L'ensemble des partenaires semble toutefois avoir une préférence pour un modèle institutionnel étant donné la stabilité financière qui y est associée. Plusieurs participants considèrent que les coûts de services seront importants au CSIAM et que cela ne nécessitera pas beaucoup de coûts supplémentaires pour la région de Québec.
- Pour ce qui est de **l'échange des informations**, il importe que le CSIAM favorise et clarifie les règles et protocoles concernant cet aspect si l'on veut que l'implantation soit un succès et que tous adhèrent à une vision commune.

– Section 6

Conclusion : Recommandations pour les étapes à venir

Les recommandations qui suivent tiennent compte à la fois des constats liés aux analyses effectuées dans les deux bases de données et des propos tenus par les participants lors des groupes de discussion.

- Les difficultés exprimées par les intervenants et les gestionnaires concernant l'utilisation de l'*Entente multisectorielle* les amènent à proposer que le développement du CSIAM s'appuie sur une théorie du changement faisant en sorte que :
 - **L'intérêt de l'enfant est absolument primordial** et que ce n'est que cet intérêt qui devra orienter les discussions, les décisions et les processus d'intervention.
 - **La victimisation secondaire des enfants victimes et de leur entourage** (problèmes liés à l'administration des modalités d'intervention préconisées par l'Entente multisectorielle) **soit significativement atténuée.**
 - **L'on puisse mesurer, à moyen et long terme, une diminution réelle de certains des coûts sociaux associés à l'abus et à la maltraitance.**
- L'idée de mettre en place une ressource couvrant le plus grand territoire possible (non pas seulement la Ville de Québec et les agglomérations constituant sa communauté urbaine, mais aussi les régions avoisinantes). **Or, dans un premier temps, les intervenants s'entendent pour recommander qu'initialement l'expérience du CSIAM demeure à une échelle réduite** afin que l'on puisse expérimenter les approches dans un environnement à « échelle humaine », et ce, tant pour les intervenants que pour les victimes et leurs proches.
- En mettant en lien l'expérience des *Child advocacy centers* aux États-Unis et au Canada et l'histoire et les traditions de l'intervention psychosociale au Québec, les intervenants et les représentants d'organismes communautaires s'entendent pour dire que **le leadership de la mise en place du CSIAM devrait être assumé par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.**
- **Tous s'entendent aussi pour que la gestion quotidienne du CSIAM soit assurée selon des modalités de gestion participative représentant de façon paritaire l'ensemble des organismes concernés.**
- On recommande également que les activités cliniques et d'intervention dispensées au CSIAM reposent sur des équipes spécialisées multidisciplinaires et inter-organisationnelles.
 - Pour que de telles équipes puissent fonctionner et, à plus long terme, se renouveler et s'améliorer, on recommande que **la formation continue fasse partie intégrante du fonctionnement récurrent du CSIAM** et soit considérée comme un investissement plutôt que comme une dépense.
 - Il va de soi que **la recherche scientifique devra servir de soutien fondamental et obligatoire aux pratiques d'intervention** afin qu'intervention et recherche puissent s'alimenter de manière aussi continue que possible.

Introduction

Depuis 2001, l'adoption et la mise en application de l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* doit permettre d'« assurer une réponse adéquate, continue et coordonnée aux besoins d'aide et de protection de l'enfant ». Lors de sa mise en application, l'*Entente multisectorielle* représente un pas important vers « une amélioration de la concertation, de la collaboration et de la communication entre les partenaires » (Gouvernement du Québec, 2007, p. 8). Cette entente engage, au sein d'un effort de collaboration multidisciplinaire et intersectoriel, différents ministères¹ et implique plusieurs partenaires².

L'*Entente multisectorielle* se veut un outil de travail commun permettant d'établir les différentes séquences d'intervention de la plupart des partenaires impliqués en fonction de leurs missions respectives, et de déterminer les limites de leur imputabilité. Son objectif est de « simplifier la procédure d'intervention et d'éviter la multiplication des protocoles » dans la prise en charge des situations où des enfants présumés victimes d'abus sexuels, d'abus physiques ou de négligence grave sont impliqués (Gouvernement du Québec, 2001, p. 7). De façon plus précise, cette entente reflète :

« [...] l'engagement d'agir en concertation dans des situations mettant en cause des enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement de ces enfants est compromis et qu'un crime a été commis à leur endroit » (Gouvernement du Québec, 2001, page 15).

Mais comment les engagements de l'*Entente multisectorielle* se traduisent-ils dans la réalité depuis sa mise en application il y a maintenant plus de 15 ans ? Est-ce que la subordination des objectifs particuliers des partenaires au service de l'intérêt supérieur de l'enfant prévue dans ce protocole a pu réellement prendre place ? Apporte-t-on une réponse efficiente aux besoins présents lors la prise en charge de telles situations ? Plusieurs éléments permettent d'en douter.

D'une part, un bilan effectué en 2007 (Gouvernement du Québec, 2007) conclut à une réalisation partielle des conditions d'implantation recommandées par l'*Entente multisectorielle* et aucun rapport d'évaluation de l'implantation n'a été publié depuis. D'autre part, certains des établissements imputables d'actualiser les mécanismes d'implantation instaurés par et pour

¹ Le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et le ministère de la Famille.

² Les Centres jeunesse, les services de police, les commissions scolaires et écoles, les services de garde et les organismes communautaires.

L'Entente multisectorielle ont été supprimés¹, leurs responsabilités ayant été intégrées au sein des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) depuis avril 2015². Comment, dès lors, de telles modifications ont-elles affecté l'intervention auprès des jeunes et des familles ? Les enfants en grande souffrance sont-ils mieux desservis ou, à tout le moins, desservis adéquatement ?

On estime qu'en 2011-2012, dans la région de la Capitale-Nationale, entre 200 et 300 *Ententes multisectorielles* ont été appliquées à l'étape de l'évaluation des signalements (Gauthier, 2015). Or, d'après certains des partenaires qui participent à l'application de l'Entente multisectorielle dans cette région, il semble que malgré la mise en œuvre et l'application des mécanismes prévus à cette entente, des lacunes importantes subsistent sur le plan de la procédure d'intervention. Ces lacunes affecteraient plusieurs aspects de l'évaluation des situations et de la prise en charge globale des jeunes et leur famille.

C'est donc sous l'initiative conjointe du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec et du CIUSSS de la Capitale-Nationale que les partenaires de l'Entente multisectorielle ont été conviés à se concerter dans le but de proposer une alternative à l'offre de services d'évaluation et de prise en charge globale offerte aux enfants victimes et à leur famille. S'inspirant du modèle des *centres d'appui aux enfants*³ (CAE), développé aux États-Unis et au Canada, les partenaires proposent de créer le Centre de services intégrés en abus et maltraitance (CSIAM).

Le CSIAM permettra aux enfants et aux adolescents victimes d'abus et de maltraitance grave et leur famille de recevoir sous un même toit⁴, des services exemplaires et intégrés d'évaluation, d'enquête, de consultation judiciaire, de traitement, de soutien et de défense des droits.

Plusieurs modèles d'organisation des services au sein de tels centres existent en Amérique du Nord. La façon de moduler l'offre de services intégrés pour mener à bien un projet d'une telle envergure au profit d'une clientèle vulnérable par surcroît, oblige de procéder par étapes, des étapes nécessaires dans lesquelles les promoteurs du projet doivent s'assurer :

1. De préciser, au préalable, les besoins auxquels il faut répondre et la pertinence de se tourner vers des solutions nouvelles⁵;

¹ Nous référons aux Agences de la santé et des services sociaux (anciennement les *Régies régionales*).

² Les CISSS et CIUSSS assumant les rôles d'animation régionale revenant aux Agences et les Centres Jeunesse étant fusionnés aux autres établissements du réseau SSS aux termes de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Projet de loi 10, 2015, c.1).

³ Les centres s'appellent généralement « Children's Advocacy Center » aux États-Unis ou « Child Advocacy Centre » au Canada.

⁴ Ce qui n'est actuellement pas le cas, les enfants victimes et leur famille devant se déplacer d'un service à un autre, très souvent au gré des contraintes administratives de ces mêmes services et, surtout, ayant à répéter à plusieurs reprises les événements souvent tragiques qui les ont fait aboutir dans ces services.

⁵ Entre autres, en évitant la perte de savoirs critiques, la duplication des services ou l'abolition de services efficaces actuellement offerts.

2. De faire reposer les solutions proposées sur des pratiques cliniques et de concertation probantes qui respectent l'écologie des environnements au sein desquels elles seront implantées ;
3. De documenter les différents aspects (sommatifs et formatifs) d'implantation des solutions préconisées, tout en s'assurant, à court et à moyen terme :
 - Qu'elles ne sont pas associées à des effets indésirables pour la clientèle¹.
 - Que leur impact sera évalué à plus long terme.

Les promoteurs du projet ont mandaté une équipe d'évaluation de programmes pour les accompagner dans cette démarche. Ce rapport présente les travaux effectués quant à l'évaluation des besoins et de la faisabilité globale du projet. Cette évaluation a été entamée en avril 2015 et finalisée à l'automne 2016. Elle a permis d'élaborer une proposition d'un modèle logique (ou modèle d'action du programme) pavant la voie à une étude d'implantation et à un projet pilote dans lequel un modèle de CAE adapté à la région de la Capitale-Nationale sera implanté.

Ce rapport se divise en six sections :

- La première section définit le mandat de l'évaluation et s'attarde à différentes considérations méthodologiques de la démarche d'évaluation.
- La deuxième section présente l'évaluation des besoins : trois études de besoins y sont détaillées.
- La troisième section propose une brève recension de la littérature concernant les centres d'appui pour enfants (CAE).
- La quatrième section présente l'évaluation de la faisabilité du projet.
- La cinquième section présente le modèle logique du CSIAM.
- La sixième section propose des recommandations concernant les étapes à venir.

¹ Nous référons ici aux changements proximaux observables. La « clientèle » concerne les jeunes, leur famille et les intervenants qui dispensent des services.

1. Mandat et questions générales d'évaluation

1.1. Mandat : accompagnement, co-construction et suivi

Deux éléments contribuent à définir le mandat de l'équipe d'évaluation : 1) l'implication des évaluateurs dès le début de l'entreprise et 2) leur travail conjoint et de proximité avec les acteurs du milieu. En effet, les travaux des membres de l'équipe d'évaluation s'inscrivent dans un processus d'accompagnement et de co-construction avec les acteurs du milieu. Ces derniers souhaitent être accompagnés par l'équipe d'évaluation afin d'assurer la présence d'un regard critique en continu leur permettant d'ajuster le tir au besoin, tout en préservant les nécessaires consensus entre partenaires (Alain, 2009). Dans ce type d'approche, les acteurs (évaluateurs et participants) déterminent ensemble les buts à atteindre et des méthodes pour le faire, participent à la collecte et à l'analyse des données et implantent les processus qui en découlent, ce qui permet d'avoir une perspective critique et de favoriser l'appropriation des changements souhaités ou envisagés (Khanlou & Peter, 2005 ; Kidd & Kral, 2005 ; Knightbridge, King & Rolfe, 2006 ; Seymour & Davies, 2002).

La mise sur pied du CSIAM, à l'aide de cet accompagnement, constitue une de ces initiatives intégratives en matière de pratiques évaluatives¹ qui permettent de faire passer l'évaluation collaborative de la théorie à la pratique, au sens où l'entendent Alain et Dessureault (2009). Cette posture évaluative présente l'avantage de bien préparer le milieu pour documenter l'implantation du projet (en phases « avant », « pendant » et « après ») et pour effectuer son « monitoring » une fois le projet implanté. Cette façon de faire facilitera l'évaluation des impacts, le moment venu.

De façon plus spécifique, l'équipe d'évaluation a mené une étude de besoins et une étude de faisabilité ayant chacune leur objectif respectif :

1. Circonscrire les besoins des différents acteurs du milieu quant à l'application de *l'Entente multisectorielle*, afin que le CSIAM puisse répondre aux besoins réels du terrain.
2. Évaluer la faisabilité d'implanter le CSIAM à Québec en établissant une adéquation entre les besoins prioritaires et les ressources nécessaires pour y répondre.

¹ Dans la foulée des pratiques expérimentées précédemment au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, maintenant fusionné au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

1.2. Précisions méthodologiques

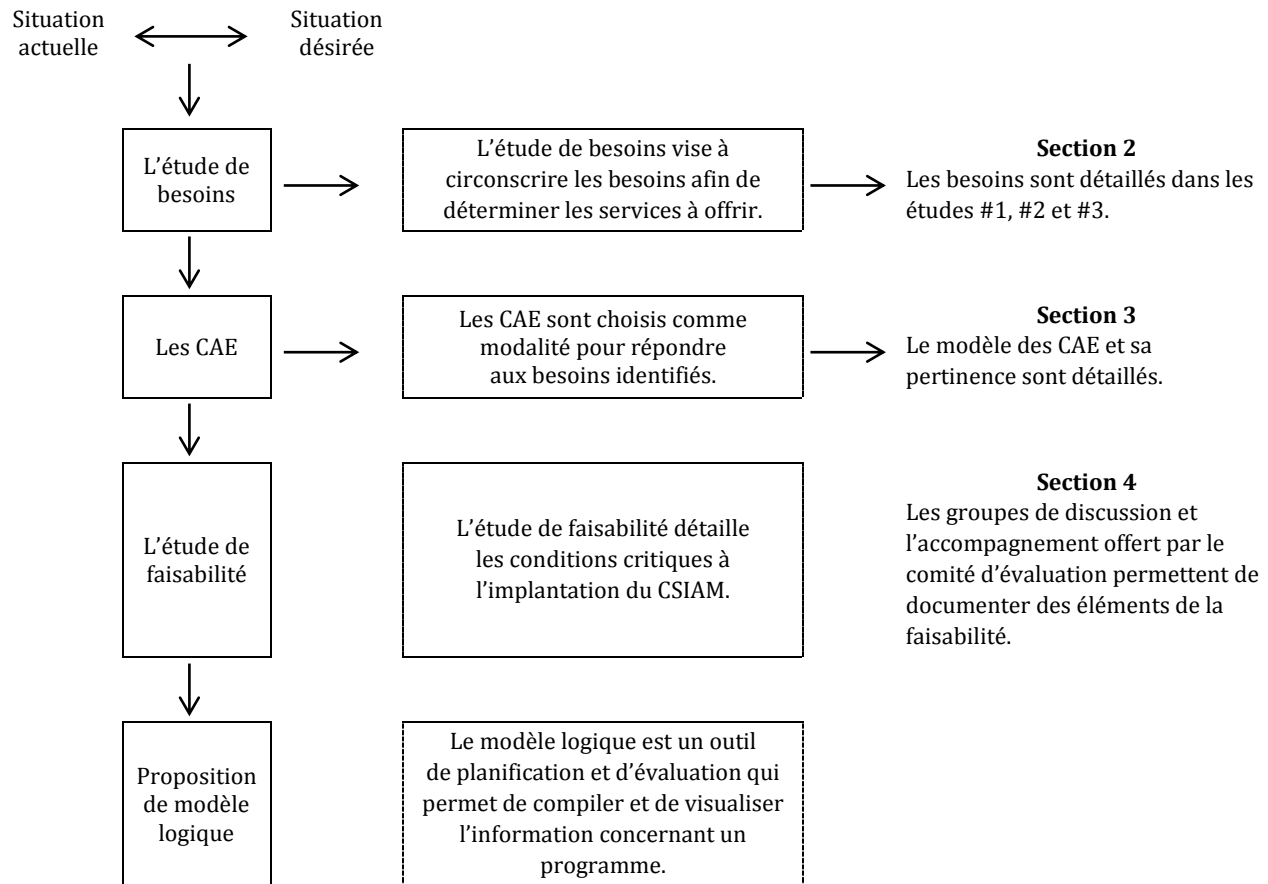
Ce devis d'évaluation comporte plusieurs facettes qui se détaillent tant en fonction de la multiplicité des finalités de l'évaluation que de ses objets. Le fait d'avoir opté pour une approche par étapes qui repose sur une collaboration aussi étroite que possible entre les représentants des organisations impliquées et l'équipe d'évaluation, favorise une co-construction des éléments-clés du plan général de mise en place du CSIAM. Ce plan se traduit par l'élaboration d'un modèle logique réalisé par l'ensemble des parties prenantes¹.

Afin de bien documenter les besoins et la faisabilité, l'équipe a dû recourir à une gamme variée de moyens pour la cueillette et l'analyse de données. Dans le cadre de ce mandat, un devis d'analyse mixte a été privilégié, c'est-à-dire que des données quantitatives et qualitatives provenant de différentes sources ont été combinées afin d'obtenir une compréhension globale et approfondie de la situation. Les résultats de différentes sources ont été recoupés pour assurer de documenter la configuration globale des objets d'évaluation à partir de différents niveaux d'analyses (Massé, 2009). En triangulant des données de différentes sources pour en faire ressortir les convergences et les divergences, il est ainsi possible de définir de façon optimale les besoins de la population d'intérêt tels qu'ils se manifestent sur le terrain et de sonder les perceptions des acteurs sur différents éléments de faisabilité dans la réponse éventuelle aux besoins identifiés (Massé, 2009).

Nous avons ainsi procédé à trois études administratives empiriques à visée descriptive. Deux d'entre elles sont basées sur une démarche quantitative alors que la troisième s'appuie sur un devis qualitatif. Les méthodologies de chacune d'elles sont détaillées dans les sections du rapport qui les concernent. La figure 1 permet de mieux situer la structure globale de la démarche d'évaluation dans une visée intégrative. Elle présente aussi la façon dont les objectifs et les finalités spécifiques de l'évaluation s'imbriquent au sein de cette démarche.

¹ Cette posture avec les acteurs du milieu sera conservée pour l'élaboration du programme, sur des éléments cruciaux comme le repérage de la clientèle cible, les critères et les procédures d'accès, « l'opérationnalisation » de différents construits cliniques, les changements de paradigmes et de pratiques attendus chez les intervenants, de même que certains effets délétères liés au programme qu'il faudra s'assurer de documenter, le cas échéant (Khanlou & Peter, 2005 ; Kidd & Kral, 2005).

Figure 1
Logique de la démarche d'évaluation



1.3. Considérations éthiques

Les travaux d'évaluation de besoins constituent une activité d'évaluation de programme au sens de l'article 2.5 de la dernière version de *L'Énoncé de politique des trois conseils* sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (CRSH, CRSNG et IRSC, 2010), ou encore une étude d'assurance de la qualité au sens de la note de clarification du MSSS relative aux compétences matérielle et territoriale des comités d'éthique de la recherche (Gouvernement du Québec, 2007). Ils ne visent pas à produire des connaissances, mais à favoriser la réorganisation des services intersectoriels autour de l'évaluation et du traitement sociojudiciaire et de santé des situations d'abus et de maltraitance envers les enfants de la région de la Capitale-Nationale. Ils guident le processus de développement des services et assurent la qualité et la pertinence de ce qui sera recommandé à des fins d'implantation. Les études évaluatives prévues ne relevant pas de la compétence d'un comité d'éthique de la recherche, les questions éthiques qu'elles pourraient soulever, le cas échéant, seront examinées et discutées au sein du comité directeur du projet et du comité relatif aux questions éthiques organisationnelles du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

2. Évaluation des besoins

Cette section présente les trois études administratives permettant de circonscrire les besoins des différentes parties prenantes quant à l'application de l'*Entente multisectorielle*. Pour chacune des études, les objectifs, la méthodologie et les résultats sont détaillés.

2.1. Étude 1 – Examen des signalements en protection de la jeunesse

2.1.1. Objectifs

Les objectifs de cette partie spécifique du rapport consistent à exposer aux lecteurs une première lecture générale de la situation des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse reçus entre 2010 et 2015 pour motifs d'abus physiques et d'abus sexuels dans la région de la Capitale-Nationale. De plus, quelques éléments liés à la trajectoire des services offerts par ce qu'était alors le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire seront présentés, de même qu'un aperçu des caractéristiques des victimes ayant fait l'objet des signalements et de leurs agresseurs.

2.1.2. Méthodologie

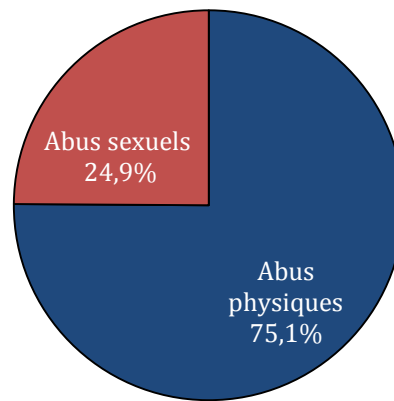
L'ensemble des données présentées dans cette section sont tirées de la Base de données informationnelle (BDI) où sont colligés tous les faits enregistrés par les intervenants à chacune des étapes du processus d'intervention. Ces données sont anonymisées et se rapportent à l'ensemble des signalements reçus entre janvier 2010 et décembre 2015. Les données ont été transférées dans un fichier et traitées avec le progiciel SPSS (version 24). Les analyses réalisées sont en grande partie descriptives, l'objectif étant de dresser un portrait aussi large que possible de la situation dans la région de Québec, afin de justifier la mise sur pied du CSIAM.

2.1.3. Résultats

Évolution du nombre de signalements pour abus physiques et abus sexuels au CIUSSS de la Capitale-Nationale

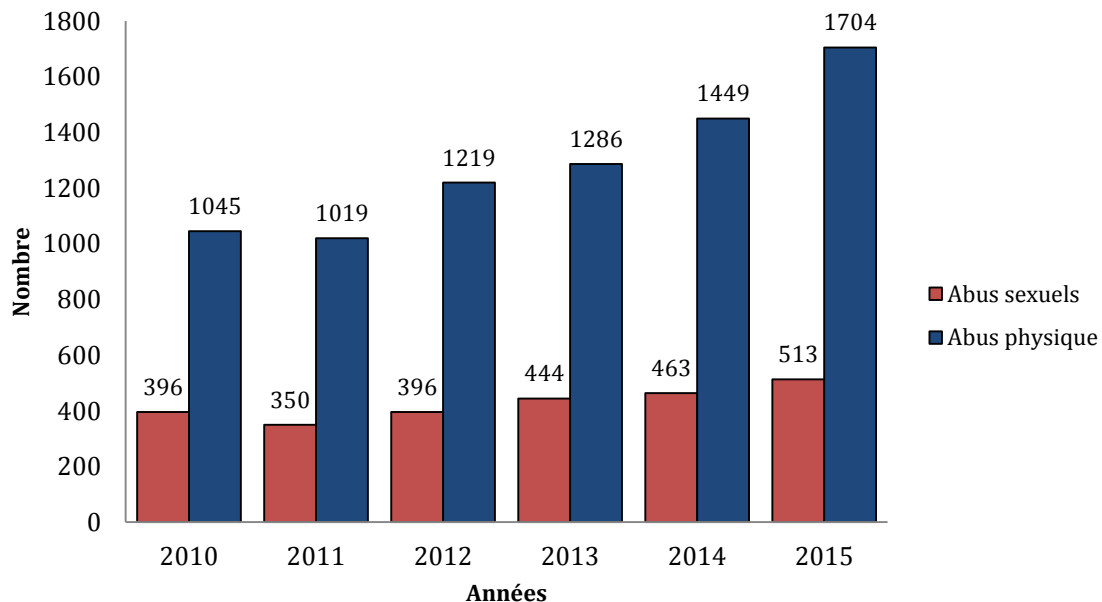
Comme le montre clairement la figure 2, les signalements pour abus physiques constituent la majorité (75 %) des deux types de signalements reçus entre 2010 et 2015, soit les signalements pour abus sexuels et ceux pour abus physiques.

Figure 2
Proportion occupée par les signalements pour abus physiques
et abus sexuels de 2010 à 2015 (n= 10284)



Bien que le nombre de signalements pour abus sexuels fluctue relativement peu, le nombre de signalement pour abus physiques, en revanche, augmente d'année en année (voir figure suivante). Soulignons que ces deux tendances sont aussi observées dans l'analyse des données obtenues auprès du Service de police de la Ville de Québec, présentées plus loin dans le document.

Figure 3
Évolution du nombre de signalements reçus pour abus physiques
et abus sexuels de 2010 à 2015 (n= 10284)



Sommaire des informations touchant les victimes et leurs agresseurs dans les signalements pour abus physiques et abus sexuels enregistrés au CIUSSS de la Capitale-Nationale entre 2010 et 2015.

Pour les éléments propres à cette section, nous possédons de l'information sur un total de 7454 victimes réparties sur les six années analysées. Le premier élément qui ressort d'une analyse descriptive sommaire de ces données montre que les victimes appartiennent principalement à la majorité francophone d'origine québécoise (86,8 %).

Les victimes appartenant à la communauté des Premières-Nations ($n = 110$) représentent 1,4 % du nombre total de victimes. Ce taux peut sembler faible, mais comme la proportion d'enfants mineurs des Premières-Nations représente 0,4 % du nombre total de jeunes âgés de 0 à 18 ans de la région de la Capitale-Nationale¹, il devra faire l'objet d'une réflexion plus approfondie.

Le tableau 1 montre que si la répartition garçons / filles est à peu près équivalente pour l'ensemble des signalements pour abus physiques et abus sexuels (46 % pour les garçons et 54 % pour les filles), les filles sont sur-représentées dans les signalements pour abus sexuels (77 % des victimes de sexe féminin et 23 % des victimes de sexe masculin). L'offre de service du CSIAM devra tenir compte à la fois du fait que l'intervention concernera davantage des situations d'abus physiques et que dans les situations d'abus sexuels, les victimes féminines seront sur-représentées, appelant de ce fait des modalités d'évaluation et de prise en charge globale des situations qui tiennent compte de cette particularité.

Tableau 1
Sexe des victimes en fonction du motif de signalement- 2010 à 2015 ($n = 10\,274^2$) *

	Abus sexuels		Abus physiques		Problématiques confondues	
	N	%	N	%	N	%
Garçons	578	22,6	4145	53,7	4723	45,9
Filles	1983	77,4	3568	46,2	5551	54,0
Tous	2561	100	7713	100	10 274	100

* test de khi-2 significatif à $p < = 0,000$

Le tableau 2 fait état de l'âge et du sexe des victimes en fonction de la nature du signalement. On remarque que, peu importe la nature du signalement, les filles sont toujours significativement (test T significatif à $p < = 0,000$) plus âgées que les garçons, et que cette différence est légèrement plus importante dans le cas des signalements pour abus sexuels. Il s'agit ici d'un constat strictement descriptif à propos duquel nous ne sommes actuellement pas en mesure de proposer une explication. Ce dernier constat pourra fort bien être considéré pour justifier la mise sur pied du CSIAM et, surtout, d'une infrastructure de recherche susceptible d'éclairer les professionnels et les gestionnaires.

¹ Donnée fournie par Guy Duchesneau, directeur adjoint aux services sociaux du Conseil de la Nation Huronne Wendat / Centre de santé et de services sociaux.

² Le sexe de la victime est « inconnu » dans 10 cas.

Tableau 2
Âge moyen des victimes en fonction du motif de signalement- 2010 à 2015 (n = 10 274)

	Abus sexuels		Abus physiques		Problématiques confondues	
	N	Âge moyen	N	Âge moyen	N	Âge moyen
Garçons	578	8,89 (e.t. 4,49)	4145	7,99 (e.t. 4,23)	4723	8,10 (e.t. 4,27)
Filles	1983	11,45 (e.t. 4,65)	3568	8,98 (e.t. 4,68)	5551	9,87 (e.t. 4,81)
Tous	2561	10,87 (e.t. 4,74)	7713	8,45 (e.t. 4,47)	10 274	9,05 (e.t. 4,66)

Le tableau 3 regroupe, en grandes catégories, l'origine des abuseurs, selon que ceux-ci proviennent du milieu intrafamilial, le plus à proximité de la victime, ou qu'il soit de l'extérieur, auquel cas on réfère à la notion discriminante de tiers en autorité ou d'un autre tiers.

Au moins deux choses ressortent de ce tableau. En premier lieu, l'origine des abuseurs qui, dans les situations d'abus physiques, proviennent très majoritairement du milieu intrafamilial (90 % de l'ensemble des signalements pour abus physiques), alors que c'est le cas de 38 % des signalements pour abus sexuels. En revanche, dans les situations d'abus sexuels, plus de la moitié (55 %) des abuseurs sont dits « autres tiers », soit des personnes qui ne font pas partie de l'entourage familial immédiat, ou des « tiers en autorité » (enseignants, entraîneurs de sport, etc.).

Il convient toutefois de bien nuancer les conclusions provenant de telles données parce que les critères définissant ce qui constitue l'origine de l'abuseur ne sont pas uniformément compris et appliqués par les intervenants chargés d'alimenter les bases de données. Très clairement, il s'agit encore là d'une question qui devra faire l'objet de réflexions et de recherches se situant bien au-delà de ce que le présent rapport prétend couvrir.

Tableau 3
Catégories d'abuseurs en fonction du motif de signalement - 2010 à 2015 (n = 8666¹)

	Abus sexuels		Abus physiques		Problématiques confondues	
	N	%	N	%	N	%
Intrafamilial	852	38,4	5782	89,7	6634	76,5
Tiers en autorité	112	5,04	346	5,4	458	5,3
Autres tiers	1098	49,5	227	3,5	1325	15,3
Présumé abuseur inconnu	157	7,06	92	1,4	249	2,9
Tous	2219	100	6447	100	8666	100

* test de khi-2 significatif à $p < 0,000$

¹ Il manque 1618 entrées; cela est expliqué par le fait que les intervenants n'ont pas l'obligation de consigner l'information en lien avec l'abuseur lorsque le signalement n'est pas retenu.

Modalités d'intervention en protection de la jeunesse pour abus physiques et abus sexuels au CIUSSS de la Capitale-Nationale

On retrouve ici une description, par étapes, du processus d'intervention en protection de la jeunesse pour les abus sexuels et les abus physiques. La première étape de filtrage constitue la réception et le traitement des signalements par les intervenants en protection de la jeunesse (tableau 4). Le motif de signalement est un prédicteur statistiquement significatif du fait que ce signalement soit retenu ou non ; 37 % des signalements en abus sexuels sont retenus alors que c'est le cas de 53 % des signalements en abus physiques.

Tableau 4
Décisions pour les signalements en abus physiques et abus sexuels- 2010 à 2015 (n = 10 284)

Décision au RTS	Abus sexuels		Abus physiques		Problématiques confondues	
	N	%	N	%	N	%
Signalements retenus	941	36,7	4088	52,9	5029	48,9
Signalements non retenus (moyens pris par les parents)	651	25,4	673	8,8	1324	12,9
Signalements non retenus (insuffisance de faits)	970	37,9	2961	38,3	3931	38,2
Tous	2562	100	7722	100	10 284	100

À la seconde étape du processus¹ (évaluation des signalements), les données du tableau 5 montrent que la proportion des signalements dans lesquels il est déterminé que les faits signalés ne compromettent pas la sécurité et le développement de l'enfant est à peu près la même, peu importe le motif du signalement. De plus, pour 32,5 % des enfants évalués en abus sexuels et 40 % des enfants évalués en abus physiques, les intervenants du service évaluation-orientation ont conclu que les faits rapportés étaient véridiques, mais que ces faits ne les plaçaient pas en besoin de protection (services en protection de la jeunesse).

La Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) exige que les enfants en besoin de services (et non de protection) et leur famille soient référés vers les ressources appropriées du milieu (LPJ, art. 50). L'absence d'une banque de données commune, d'un langage commun entre les services et d'un suivi de la trajectoire des enfants dans le continuum des services « Jeunes en difficulté » fait qu'il est difficile de retracer le parcours de ces familles. Il est donc quasi impossible de documenter si ces enfants et ces familles ont eu une réponse à leurs besoins particuliers à la suite d'un abus physique ou sexuel confirmé.

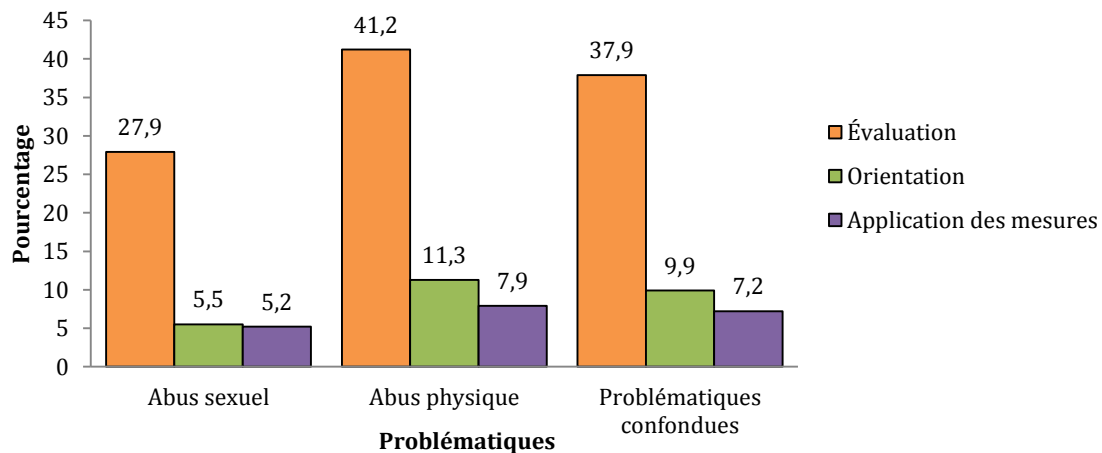
¹ Cette évaluation est généralement réalisée par un intervenant professionnel qui effectue des visites dans les milieux de vie.

Tableau 5
Décisions pour les évaluations en abus physiques et abus sexuels- 2010 à 2015 (n = 3865)

Décision à l'évaluation	Abus sexuels		Abus physiques		Problématiques confondues	
	N	%	N	%	N	%
Faits fondés / sécurité et développement compromis	217	30,6	1005	31,8	1222	31,6
Faits fondés / sécurité et développement NON compromis	230	32,5	1271	40,2	1501	38,8
Faits NON fondés / sécurité et développement NON compromis	247	34,9	851	27,0	1098	28,4
Autre	14	2,0	30	1,0	44	1,1
Tous	708	100	3157	100	3865	100

Suite à l'évaluation, deux autres étapes peuvent être enclenchées par les équipes d'intervenants : l'orientation et l'application des mesures (AM). La figure 4 illustre le filtrage effectué d'une étape à l'autre en fonction de la nature du signalement¹. Pour les deux problématiques confondues, 37,9 % des signalements reçus font l'objet d'une évaluation, 9,9 % d'une orientation et 7,2 % d'une prise en charge par les intervenants de l'application des mesures.

Figure 4
Trajectoire des dossiers de la réception du signalement (RTS) à la prise en charge (AM)



¹ Les analyses ont été réalisées sur l'ensemble des services comptabilisés (n = 10284). De ce fait, un enfant peut avoir fait l'objet de plusieurs signalements ou évaluations.

2.2. Étude 2 – Examen des plaintes policières

2.2.1. Objectifs

Cette section a comme objectif de documenter le nombre de cas rapportés au Service de police de la Ville de Québec (SPVQ) de 2010 à 2015 relativement aux agressions sexuelles et aux voies de fait commises sur des enfants de moins de 18 ans. Ce portrait des agressions sexuelles et des voies de fait permettra à l'équipe d'évaluation d'identifier les besoins en termes d'évaluation et de prise en charge des victimes mineures et leur famille.

2.2.2. Méthodologie

Un analyste du Service de police de la Ville de Québec a fourni à l'équipe d'évaluation des données sur les agressions sexuelles et les voies de fait sur des personnes mineures entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2015 sur le territoire de l'agglomération de Québec¹. Ces données ont été comptabilisées en nombre de victimes. Les données reçues sous format Excel ont été transférées dans le progiciel SPSS (version 24) et ont fait l'objet d'analyses descriptives².

2.2.3. Résultats

Cette section présente les résultats des analyses relatives aux cas d'agressions sexuelles et de voies de fait rapportés au SPVQ sur une période de six ans (2010 à 2015 inclusivement), soit 2675 situations. Les analyses ont été effectuées sur les catégories « agressions sexuelles » et « voies de fait ». Le tableau 6 présente les sous-catégories qui composent ces deux catégories.

Tableau 6
Sous-catégories des agressions sexuelles et des voies de fait

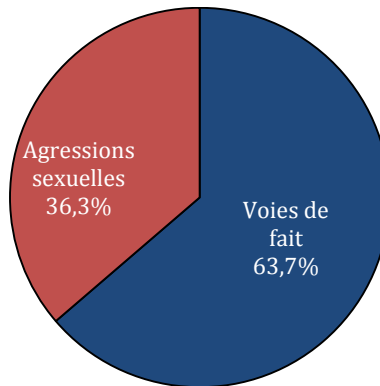
Agressions sexuelles	Voies de fait
• Agression sexuelle. • Agression sexuelle armée. • Agression sexuelle grave. • Contact sexuel. • Inceste. • Leurre au moyen d'un ordinateur. • Incitation à un contact sexuel. • Corruption d'enfant. • Voyeurisme. • Bestialité.	• Voie de fait (niveau 1). • Voie de fait / lésions + agression armée. • Voie de fait grave (niveau 3). • Braquer une arme à feu. • Négligence criminelle entraînant lésions. • Infliction illégale lésions corporelles.

¹ Le territoire de cette deuxième étude n'est pas le même que celui de l'étude numéro 1. Il s'agit ici de données provenant de l'agglomération de la ville de Québec, ce qui exclut les régions de Portneuf et de Charlevoix.

² La nature des données a permis ici de recourir à des analyses paramétriques de comparaison de moyennes.

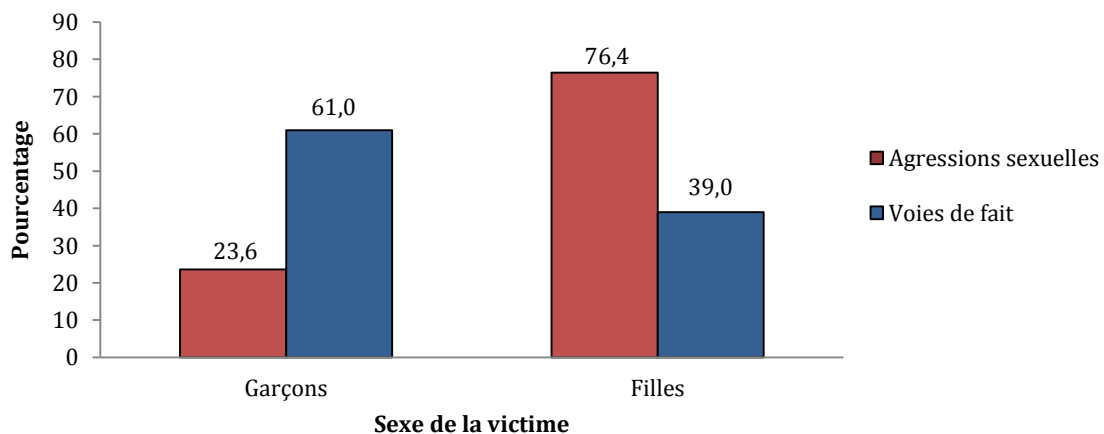
La figure 5 présente une distribution des infractions sur une période de six ans. Sur 2675 infractions, 64 % sont relatives à des voies de fait, alors que 36 % concernent des agressions sexuelles.

Figure 5
Distribution des infractions (n = 2675)



La figure 6, qui distingue le sexe des victimes selon la catégorie d'infraction, permet de constater que les garçons sont dans une plus forte proportion victimes de voies de fait (61 %) et que les filles sont plus fréquemment victimes d'agressions sexuelles (76 %).

Figure 6
Sexe de la victime selon la catégorie d'infraction (n= 2675)



Le tableau 7 fait état de l'âge moyen des victimes d'agression sexuelle et de voies de fait pour l'ensemble des victimes en fonction de leur sexe¹.

Pour l'ensemble des victimes mineures, la différence d'âge selon le sexe est significative sur le plan statistique ($t = 3,733$, $p = 0,000$) : l'âge moyen des victimes filles (12,4 ans) serait plus élevé que celui des garçons (11,8 ans). Pour les agressions sexuelles, on note aussi une différence significative ($t = 4,788$, $p = 0,000$) : l'âge moyen des victimes filles serait un peu plus élevé que celui des garçons (12,54 ans *versus* 11,12 ans) au moment de la plainte au service de police. Pour les voies de fait, les victimes de sexe masculin ont en moyenne 11,95 ans alors que celles de sexe féminin ont 12,24 ans ; cette différence n'est pas statistiquement significative ($t = 1,369$, $p = 0,171$).

Tableau 7
Âge moyen des victimes d'agressions sexuelles et de voies de fait (n = 2674)

	Agressions sexuelles		Voies de fait		Toutes problématiques confondues	
	n	Âge moyen	n	Âge moyen	n	Âge moyen
Garçons	742	11,12 (e.t. 4,22)	665	11,95 (e.t. 4,19)	1407	11,80 (e.t. 4,10)
Filles	229	12,54 (e.t. 3,83)	1038	12,24 (e.t. 4,36)	1267	12,40 (e.t. 4,21)
Tous	971	12,21 (e.t. 3,97)	1703	12,06 (e.t. 4,26)	2674	12,11 (e.t. 4,15)

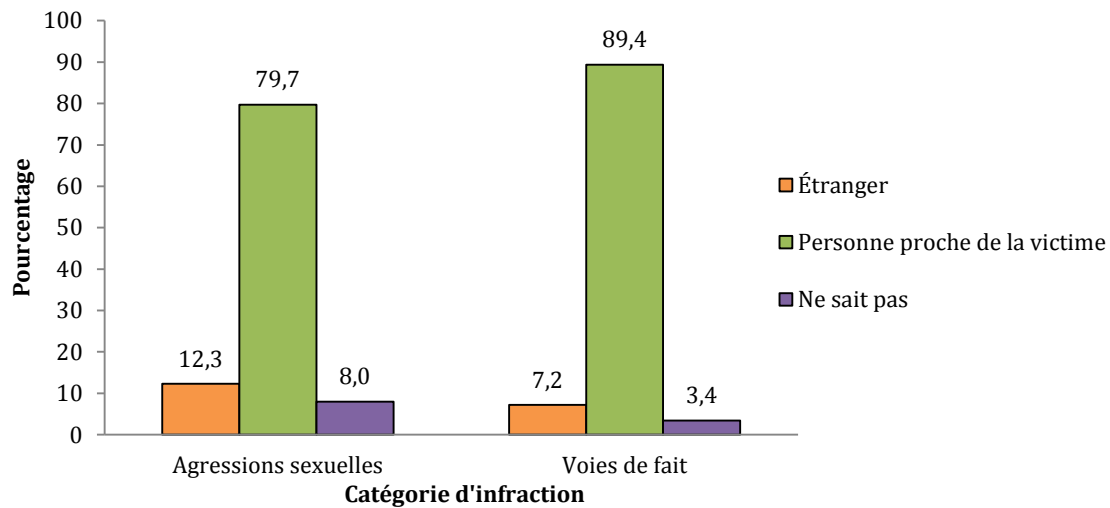
La relation entre l'agresseur et la victime est illustrée à la figure 7. Un regroupement des 21 catégories d'agresseurs a été effectué pour en arriver au final à trois, soit « étranger », « personne proche de la victime » ou « ne sait pas ».

Dans les situations d'agressions sexuelles, l'agresseur est, dans une forte proportion, une personne proche de la victime (79,7 %), dans 12,3 % des situations, un étranger et dans 8 % des cas, on ne connaît pas l'agresseur au moment du traitement de la plainte par les policiers.

Dans 89,4 % des cas de voies de fait, une personne proche de la victime est identifiée comme l'agresseur, dans 7,2 % des situations, un étranger et dans 4 % des cas, l'information sur le type d'agresseur n'apparaît pas dans les données policières au moment de la plainte.

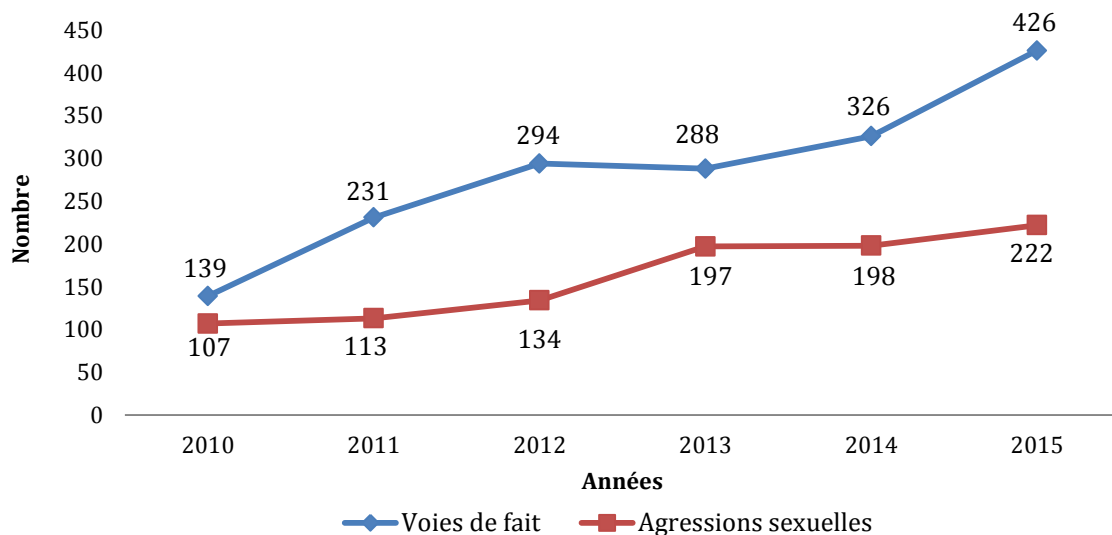
¹ Selon les données recueillies au moment du traitement de la plainte.

Figure 7
Relation entre l'agresseur et la victime selon le type d'infraction



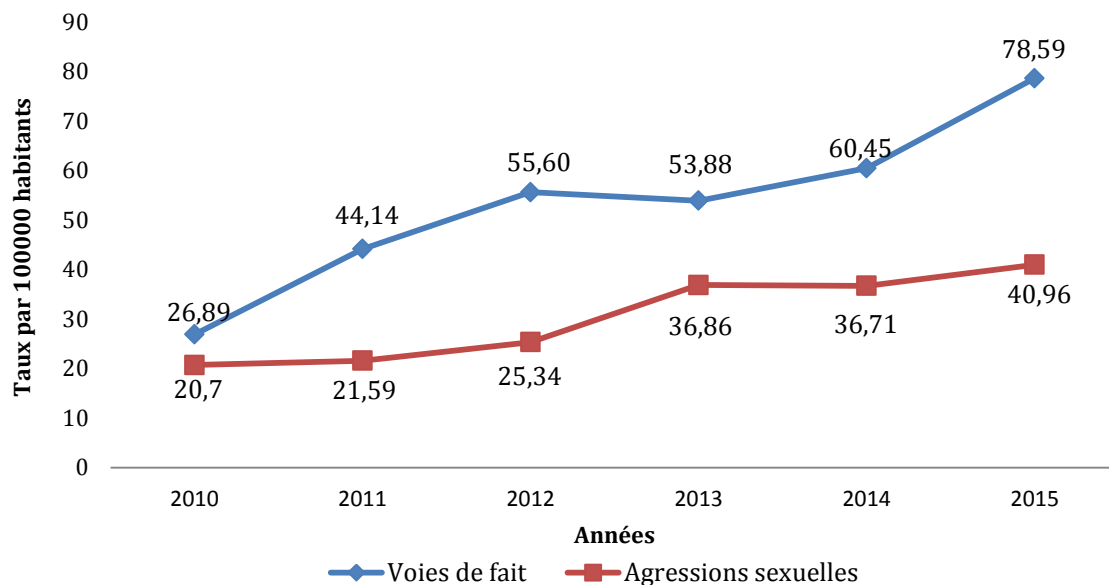
L'évolution du nombre d'agressions sexuelles et de voies de fait entre 2010 et 2015 est présentée à la figure 8. On note une augmentation substantielle des voies de fait sur des personnes mineures en six ans, passant de 139 à 426, soit trois fois plus de situations. En ce qui a trait aux agressions sexuelles, l'augmentation est moins grande, mais on observe tout de même deux fois plus de cas en 2015 qu'en 2010 (222 *versus* 107). Afin de corroborer cette information en fonction du taux par habitant, d'autres calculs ont été effectués et sont présentés à la figure 9.

Figure 8
Évolution du nombre d'agressions sexuelles et de voies de fait de 2010 à 2015



La figure 9 présente l'évolution du taux d'agressions sexuelles et de voies de fait de 2010 à 2015. On remarque, tout autant pour ce qui est des taux par 100 000 habitants que des nombres bruts pour les deux problématiques, une augmentation substantielle et constante. Ces faits (corroborés par les statistiques indépendantes tirées des bases de données du Centre jeunesse de Québec / CIUSSS de la Capitale-Nationale qui sont mentionnées dans la section précédente) constituent, selon les acteurs consultés dans le cadre de nos travaux, un argument de poids pour la mise en place de services d'évaluation et de prise en charge des victimes et de leur famille.

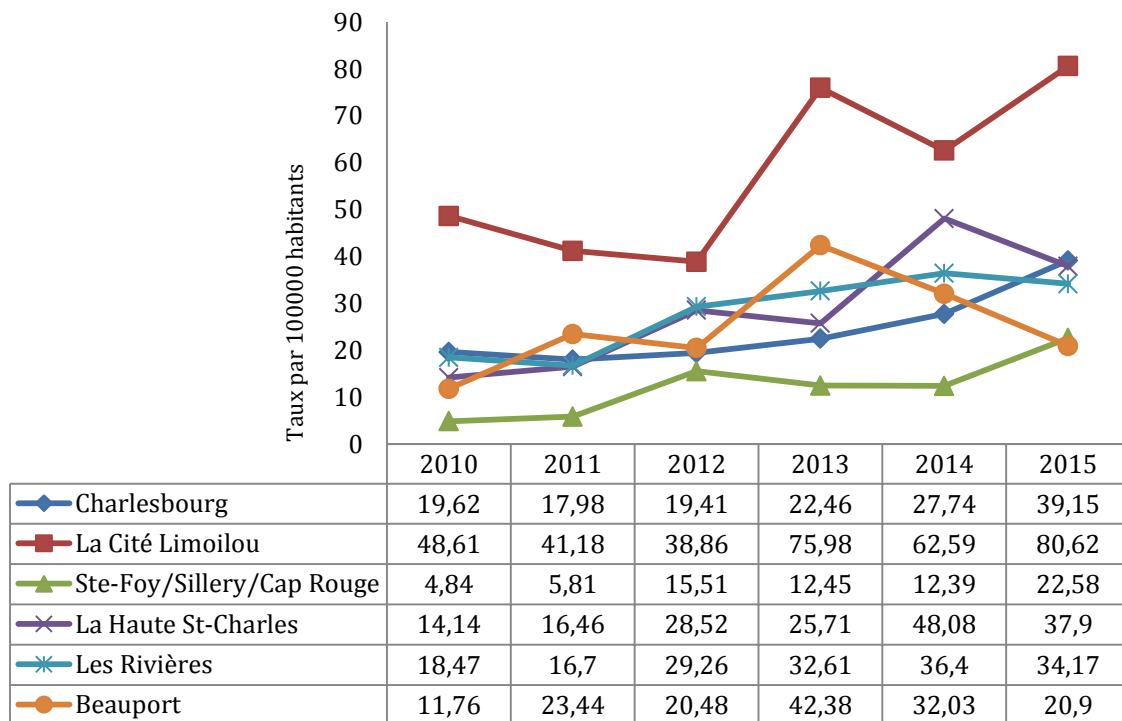
Figure 9
Évolution des taux d'agressions sexuelles et de voies de fait de 2010 à 2015



Les chiffres présentés dans les deux figures suivantes (figures 10 et 11) sont des taux par 100 000 habitants¹. On observe que les taux d'agressions sexuelles sur des mineurs déclarés à la police dans l'arrondissement de La Cité-Limoilou sont les plus élevés, et qu'ils se situent systématiquement au-dessus des taux des cinq autres arrondissements de la Ville de Québec (deux à trois fois plus élevés). Si l'année 2013 est marquée par une hausse importante des taux rapportés pour La Cité-Limoilou après trois années de déclin, cette hausse est également observable dans l'arrondissement de Beauport. Par contre, à Beauport, les taux redescendent après 2013.

¹ Ces données peuvent être interprétées en fonction du critère « toute chose étant égale par ailleurs », une interprétation impossible à faire à partir de chiffres bruts.

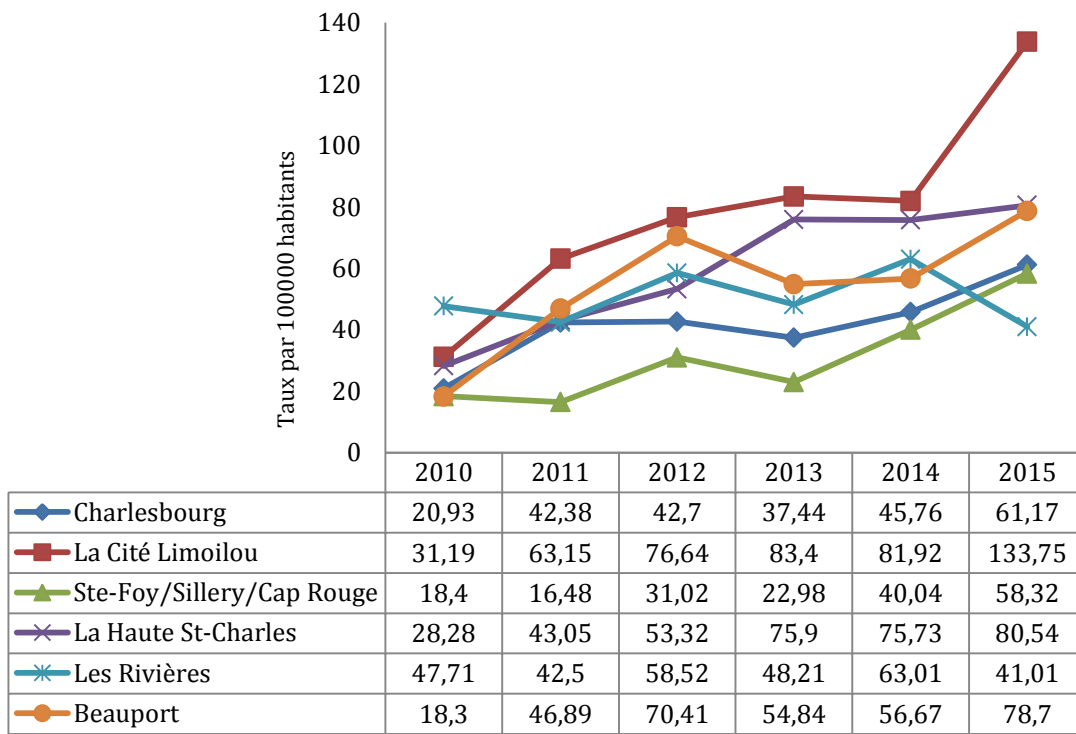
Figure 10
Évolution des taux d'agressions sexuelles par arrondissement de 2010 à 2015



Il serait bien tentant ici de mettre en lien ces données avec celles qui concernent les facteurs socioéconomiques de ces arrondissements ; nous savons, par exemple, que l'arrondissement de La Cité-Limoilou est marqué par un environnement socioéconomique passablement défavorisé (Camirand, Traoré et Baulne, 2016), surtout par rapport au reste de la Ville de Québec. Pourrait-on penser qu'il y a un lien entre les taux rapportés et les données socio-économiques ?

Comme nous le montrent très clairement les données relatives aux taux de voies de fait sur mineurs rapportés à la police (figure 11), une telle piste ne tiendrait pas la route bien longtemps. Il est en effet difficilement concevable de penser qu'il peut y avoir un lien entre des conditions socio-économiques défavorables et les taux d'agressions sexuelles sur mineurs, mais à peu près aucun entre ces mêmes conditions et les taux de voies de fait, un phénomène dont on sait déjà qu'ils sont, en termes quantitatifs, significativement plus élevés que les premiers (soit, au global, 64 % du total pour les voies de fait et 36 % pour les agressions sexuelles). Dans le cas des deux phénomènes, cependant, l'année 2015 est marquée de hausses très visibles, sans, encore une fois, que les facteurs socioéconomiques n'aient évolué de manière vraiment sensible. De tels constats appellent évidemment des travaux de recherche supplémentaires qui correspondraient tout à fait au mandat de recherche général du CSIAM.

Figure 11
Évolution des taux de voies de fait par arrondissement de 2010 à 2015



Cette analyse sommaire de l'évolution des taux d'événements rapportés à la police montre que certaines des fluctuations observées pourraient s'expliquer par des directives policières spécifiques liées à l'émergence de nouveaux phénomènes, par exemple la décision d'intervenir de manière plus ciblée sur des circuits de prostitution juvénile. Mais, ce n'est que spéculation, car ces informations ne nous sont pas connues et ces spéculations amènent leur lot de questions et de pistes potentielles de recherche.

2.3. Étude 3 – Perceptions des intervenants

2.3.1. Objectifs

Cette étude qui vise à recueillir et analyser les perceptions d'acteurs clés du milieu quant à l'application de l'*Entente multisectorielle*, privilégie une démarche qualitative. L'objectif de l'étude 3 est de documenter l'écart entre la réalité perçue par les intervenants et les gestionnaires quant aux forces et lacunes de l'*Entente multisectorielle* (ce qui est) et ce qui est attendu par ces derniers (ce qui pourrait être).

Étant donné que les pratiques de collaboration et de concertation sont au cœur, non seulement de l'*Entente multisectorielle*, mais également de l'implantation du CSIAM, il importe d'explorer les accords et les désaccords qui existent entre les répondants des différents établissements partenaires du projet.

2.3.2. Méthodologie

Les perceptions des acteurs du milieu sont recueillies dans le cadre de groupes de discussion et le contenu des propos échangés a fait l'objet d'une analyse par thématique. Cette méthode est particulièrement pertinente dans le cadre de ce projet, puisqu'elle utilise l'interaction de groupe pour produire des données qui ne seraient pas disponibles autrement (Mayer et Ouellet, 1991). Par ailleurs, ces entretiens permettent de relever les messages clés et de déterminer des points de convergence et de divergence dans les discours tenus.

2.3.2.1. Participants

Les participants aux 16 groupes de discussion se composent de 143 cliniciens et de 11 gestionnaires opérationnels de chacune des parties prenantes (ex : chefs de service ou supérieurs immédiats des personnes interrogées), pour un total de 154 participants. Le tableau de l'annexe 1 détaille le nom des établissements et des organismes ayant participé à ces groupes, le moment où ils ont été tenus et les personnes-ressources responsables de la collecte de ces données.

Aucune donnée sur les participants (ex. : type d'emploi, tâches et fonctions professionnelles, âge, nombre d'années d'expérience) n'a été recueillie étant donné le nombre restreint de personnes qui, dans les faits, appliquent l'*Entente multisectorielle*. Ceci permet d'assurer la confidentialité des propos et l'anonymat des participants et favorise un échange plus libre sans autocensure.

2.3.2.2. Entretiens à l'aide de questions ouvertes

Avec le premier groupe de participants¹ rencontrés, deux questions spécifiques ont été utilisées pour circonscrire les objets à documenter dans le cadre de l'étude de besoins, soit 1) quelles sont les forces et les limites de l'*Entente multisectorielle* ? et 2) quels sont les éléments de solutions qui favoriseraient une meilleure application de l'*Entente multisectorielle* ?

L'analyse exploratoire des propos recueillis dans le premier groupe de discussion (Mayer et Deslauriers, 2000 ; L'Écuyer, 1990), à l'aide d'un modèle ouvert, a permis de faire émerger d'autres grands thèmes d'intérêt à documenter. Ces thèmes ont servi ensuite à la construction d'un guide d'entretien semi-ouvert, un peu plus détaillé. C'est ce guide qui a été utilisé dans la démarche de collecte avec l'ensemble des autres groupes de discussion. Ce guide, qui comprend trois volets proposant des questions ouvertes, est présenté à l'annexe 2.

2.3.2.3. Procédure

Avant la tenue des groupes, un feuillet explicatif du projet et du contexte de la tenue du groupe de discussion a été transmis au cadre opérationnel responsable des acteurs participants. Ce feuillet est présenté à l'annexe 3. Lors du groupe de discussion, une professionnelle de recherche et la chargée de projet ont pris quelques minutes pour rappeler le contexte de la rencontre et effectuer un bref

¹ Ce premier groupe de discussion est effectué avec les membres du *groupe de développement clinique en abus sexuels*.

historique de la démarche et du projet. Ensuite, un formulaire de consentement visant à s'assurer que la participation aux entretiens était libre et volontaire et que les propos tenus pouvaient être enregistrés a été distribué avant d'être lu avec les participants et a été signé par ces derniers. Ce formulaire de consentement est présenté à l'annexe 4.

2.3.2.4. Traitement et analyse des données

Les propos enregistrés ont été retranscrits dans un fichier informatique. À la fin de la transcription, une réécoute de l'enregistrement audio a été effectuée afin de s'assurer de l'exactitude des transcriptions. Pour favoriser une lecture fluide, des modifications langagières mineures n'affectant pas le sens original du propos ont été faites.

Les propos retranscrits ont ensuite été soumis à une analyse thématique à l'aide d'un modèle semi-ouvert (L'Écuyer, 1990) en se servant du logiciel N'Vivo (version 10). Ce type d'analyse permet de « procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés... » (Paillé et Mucchielli, 2003, p. 124). Il s'agit de faire ressortir l'essentiel du matériel recueilli à partir de différents thèmes, lesquels se matérialisent dans un schéma d'arborisation appelé « arbre thématique » (Paillé et Mucchielli, 2012).

La thématisation en continu est la posture d'analyse adoptée dans le cadre de ce projet (Paillé et Mucchielli, 2003). Cette forme d'analyse permet que des thèmes soient identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture, et que, simultanément, l'arbre thématique se construise. L'« arbre thématique » est donc construit progressivement, tout au long de la recherche. Une synthèse visuelle de la démarche d'analyse est présentée à l'annexe 5 et l'arbre de catégorisation final est subdivisé en sections et est présenté sous chacun des grands thèmes. Cette démarche est pertinente dans le contexte de ce projet, puisqu'il est probable que de nouveaux thèmes émergent en fonction des différentes réalités décrites au fil de l'analyse des groupes de discussion. L'avantage de ce type de démarche est qu'elle permet une analyse fine et riche du contenu (Paillé et Mucchielli, 2003).

2.3.3. Résultats

Le groupe de discussion réunissant des chercheurs (n = 8) n'a pas été intégré à la présente analyse thématique, car leurs propos divergeaient de façon importante de ceux tenus par les cliniciens et leurs supérieurs immédiats. Une autre démarche d'analyse a été effectuée en parallèle pour dégager les thèmes principaux de ce groupe de discussion. Cette analyse est présentée à l'annexe 6.

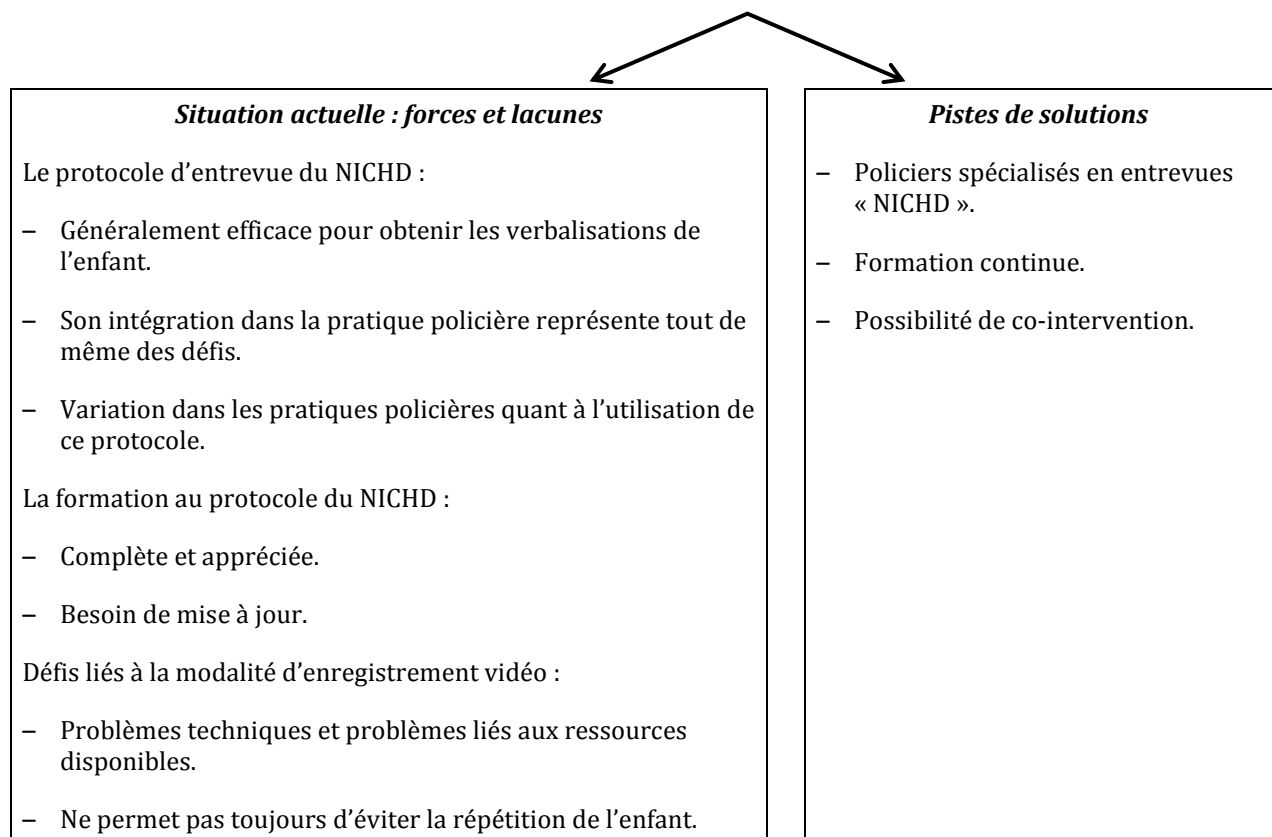
L'analyse effectuée a fait ressortir neuf thèmes principaux autour desquels les partenaires identifient des besoins.

1. L'entrevue initiale d'investigation.
2. Le partage d'informations.
3. Les ressources humaines.
4. Les rôles et les responsabilités des partenaires.

5. Les services spécifiques et les soins spécialisés.
6. Les systèmes sociojudiciaires à deux vitesses.
7. La trajectoire de services.
8. La variabilité des pratiques et des processus.
9. Autres informations dignes d'intérêt.

La description de ces thèmes donne un portrait des propos tenus par les partenaires en détaillant l'ensemble des sous-thèmes ayant émergé lors de l'analyse. Les propos sont divisés en deux parties, soit une première qui décrit la perception de la situation actuelle par les partenaires (c'est-à-dire les forces et les lacunes) et une seconde qui décrit davantage la situation souhaitée par les partenaires (c'est-à-dire les pistes de solutions suggérées). L'arbre thématique est subdivisé en sections et présenté sous chaque thème.

Thème 1 – Entrevue initiale d'investigation



– Forces et lacunes

Le protocole d'entrevue du *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD) est couramment utilisé par les policiers pour réaliser l'entrevue initiale d'investigation avec l'enfant. Dans la pratique, cette entrevue est souvent filmée, bien que ce ne soit pas systématiquement le cas. Le protocole du NICHD est perçu par les participants comme généralement efficace pour obtenir les verbalisations de l'enfant.

« ... je pense que c'est une méthode éprouvée, puis moi en tout cas, je me suis aperçu qu'on obtenait plus de détails là, sans être suggestif, en utilisant NICHD ».

Réf. 4 — V11 — Force — Ce qui est.

Bien que cette technique soit perçue comme étant généralement efficace, certains participants mentionnent que son intégration dans la pratique policière représente tout de même des défis.

« La NICHD est pas parfaite non plus. Pis il faut réussir au travers de tout ça à faire notre preuve en étant non suggestif. Mais un moment donné, il faut être plus directif, pis un moment donné, à la limite, on n'a pas le choix, on devient suggestif, parce qu'on a besoin d'informations [...] ».

Réf. 3 — V4 — Entrevue initiale d'investigation.

« (...) Parce que vous l'avez vu dans la formation, c'est une technique qui est complètement différente. Hem, pour des policiers, c'est hem... C'est très particulier comme technique d'entrevue. Moi je l'ai appréciée la technique, parce que c'est vraiment pas dans nos habitudes. C'est même déstabilisant de prime abord. (...) ».

Réf. 7 — V7 — Entrevue d'investigation. Ce qui est.

De plus, il a été soulevé que les pratiques des policiers quant à l'utilisation du protocole du NICHD varient d'un dossier à l'autre. Trois raisons expliquent cette variation.

Premièrement, des répondants sont d'avis que certains policiers n'ont pas la possibilité de mettre régulièrement en pratique le protocole du NICHD, ce qui entraînerait une perte d'expertise.

« La problématique là-dedans, c'est pas la formation. C'est le manque de pratique (...) les gens qui en font une fois par six mois, là (...) c'est plus robotique, c'est plus difficile, puis c'est peut-être ça qui amène, qui peut nuire à obtenir des verbalisations ».

Réf. 2 — V11 — Entrevue d'investigation. Ce qui est.

Deuxièmement, des répondants sont d'avis que le savoir-être et les approches utilisées par les policiers qui appliquent des protocoles du NICHD varient d'une entrevue à l'autre. À titre d'exemple, les participants mentionnent que certains policiers sont plus ou moins chaleureux ou à l'aise avec les enfants, ce qui peut influencer les verbalisations des enfants ainsi que l'impact sur ces derniers.

Enfin, il semble que ce ne soit pas tous les policiers qui sont formés pour appliquer le protocole d'entrevue du NICHHD. En effet, certains corps policiers ont un plus grand nombre de policiers formés dans leurs rangs que d'autres, ce qui crée nécessairement une certaine variabilité dans les pratiques policières quant à l'application de ce protocole d'entrevue.

Au sujet de la formation offerte aux policiers par rapport au protocole du NICHHD, cette dernière est perçue comme étant complète et appréciée.

« (...) ça fonctionne très, très bien. Je pense que la technique, si on parle de la formation, je pense que de ce côté-là, ça va bien ».

Réf. 7 — V7 — Entrevue d'investigation. Ce qui est.

Dans le même sens, les activités de formation connexes offertes (ex. : Programme national de formation) aux intervenants non policiers semblent être appréciées et utiles.

« (...) j'ai trouvé ça quand même intéressant d'avoir la formation d'entrevues non suggestives (...) même si on en fait plus vraiment là, même pour toutes autres situations, c'est des questions qui sont, les formulations qui sont intéressantes à posséder (...) ».

Réf. 2 — V14 — Entrevue d'investigation. Ce qui est.

Le besoin d'être informés des mises à jour et des améliorations du protocole du NICHHD est tout de même soulevé par les différents corps policiers.

« (...) Comme là, ils ont rajouté une couple de questions dedans, euh, j'ai dit : « Est-ce que, quand vous retravaillez le guide, vous envoyez le guide à tous ceux qui ont eu la formation ? ». Non. Bien ça, moi je trouve que ça en est une lacune... ».

Réf. 4 — V11 — Entrevue d'investigation. Ce qui est.

Dans un autre ordre d'idées, certains éléments liés à l'enregistrement par vidéo des déclarations¹ des enfants sont perçus comme étant des défis supplémentaires. D'une part la modalité même d'enregistrement par vidéo amène son lot de problèmes techniques et de problèmes liés aux ressources disponibles. Entre autres, des éléments en lien avec l'insonorisation des locaux, le manque de locaux disponibles et des difficultés de diverses natures avec l'équipement ont été nommés. D'autre part, certains partenaires mentionnent que l'enregistrement par vidéo ne permet pas d'éviter systématiquement à l'enfant la répétition de son histoire dans la trajectoire de services.

« C'est à se demander à quoi il sert le vidéo. Finalement, parce qu'on l'utilise pas par la suite. (...) ».

Réf. 1 — V3 — Entrevue d'investigation. Ce qui est.

¹ Selon la Cour suprême du Canada, l'article 715.1 permet aux tribunaux d'admettre un enregistrement vidéo, comme preuve principale, ayant pour objet primordial de « recueillir un compte rendu qui est probablement le meilleur souvenir de l'événement et qui sera d'une aide inestimable dans la recherche de la vérité ». Cet article vise également à « prévenir ou à réduire considérablement le risque de préjudice supplémentaire à l'enfant par suite de sa participation aux procédures judiciaires ».

– Pistes de solutions suggérées

Afin de remédier au fait que certains policiers désignés ont moins d'occasions de mettre en pratique leurs habiletés liées à l'application du protocole du NICHHD, il a été suggéré de continuer à former, à utiliser et à partager l'expertise de policiers spécialisés pour la réalisation de ces protocoles.

« (...) Je sais que, dans un centre, il y a un policier qui ne fait que ça des NICHHD, c'est une bonne solution pour s'en sortir, pour éviter ce genre de situation-là (...) ».

Réf. 1 — V11 — Entrevue d'investigation. Ce qui sera.

L'importance d'offrir de la formation continue sur le protocole du NICHHD a fortement été mise de l'avant par différents corps policiers. La supervision ainsi que la participation à des mises à jour régulières sont des suggestions envisagées. D'ailleurs, une grande ouverture face à la supervision individuelle, tant par des collègues que par des experts, a été démontrée par les participants.

« (...) T'sais, la chose que je souhaite le plus, c'est que chaque enquêteur puisse être hem... Que quelqu'un puisse regarder ces vidéos, puis dire : « Oups, regarde ici, Oups, tu t'es en aller vers là pour telle, telle, telle raison. Regarde revient là ». (...) ».

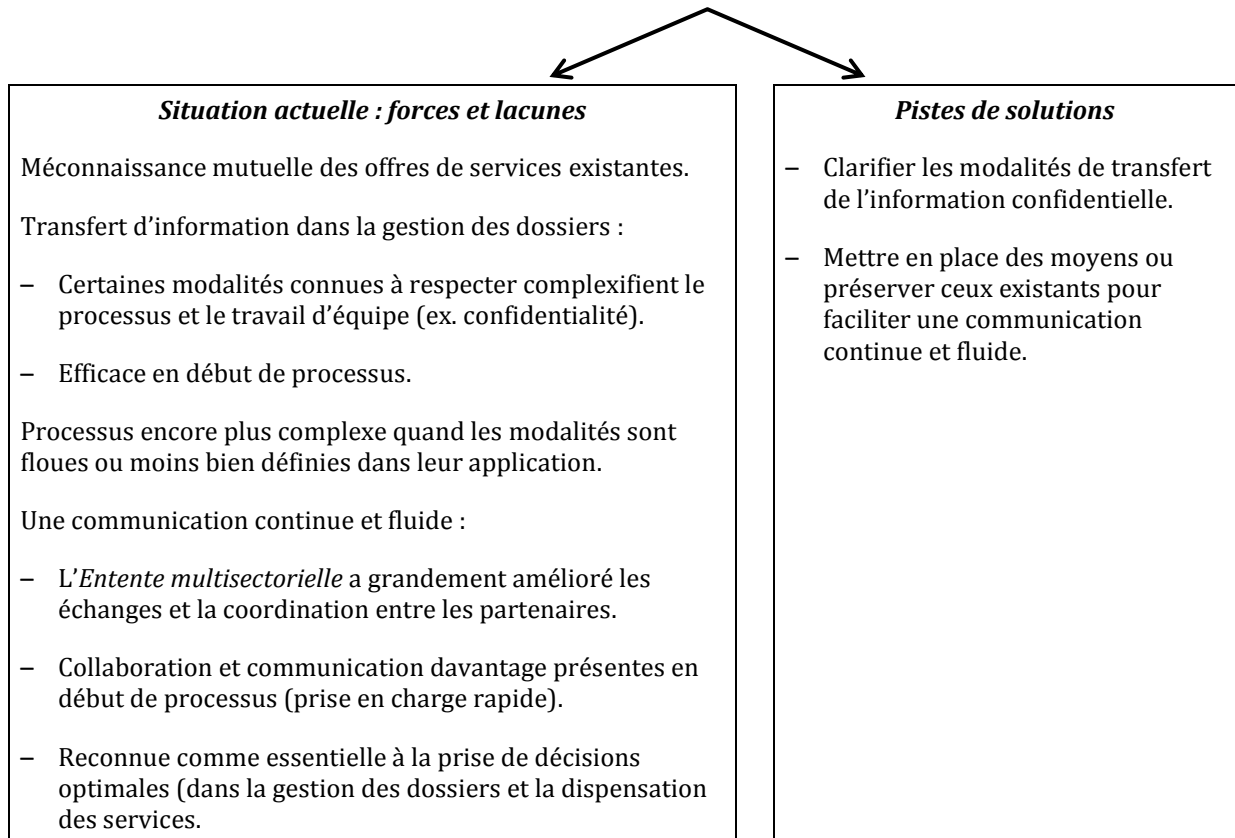
Réf. 3 — V6 — Entrevue d'investigation. Ce qui sera.

Dans un autre ordre d'idées, les intervenants de la DPJ ont proposé la possibilité d'effectuer les entrevues d'investigation en co-animation avec les policiers. Cette proposition aurait pour objectif d'utiliser les forces des deux partenaires à l'avantage de l'enfant. En particulier, il semble que la sensibilité des intervenants psychosociaux pourrait permettre de cibler certains besoins des enfants plus rapidement dans la prise en charge globale (dès l'entrevue d'investigation).

« Ben, moi, qu'il n'y ait pas (...) d'automatismes (...) ça peut être de dire, ben c'est qui qui a le lien avec cet enfant-là. (...). Qu'on le réfléchisse ensemble, pis qu'on prenne une décision face à ça. Est-ce qu'on le fait ensemble ? Et la TS et le policier ? (...) Mais qu'on le réfléchisse selon la situation pis selon l'enfant qu'on a devant nous. (...) ».

Réf. 3 — V4 — Entrevue d'investigation. Ce qui sera.

Thème 2 – Partage d'information



– ***Forces et lacunes***

Quelques participants aux entretiens ont fait référence à la persistance d'une certaine méconnaissance mutuelle des offres de services existantes. Cette méconnaissance conduit à une sous-utilisation des services ou encore à une connaissance limitée des modalités de l'application de l'*Entente multisectorielle*. Pour la majorité des partenaires cependant, les modalités d'application, au service de l'aménagement de la preuve en début de processus, semblent assez bien connues.

« Des fois, on travaille en collaboration admettons avec [ce partenaire], mais effectivement, il y a des difficultés à avoir de l'information. (...) Tsé il y a comme une, vraiment, une méconnaissance assez grande des services de part et d'autre ».

Réf. 3 — V16 — Partage d'information. Ce qui sera.

Le transfert des informations dans la gestion des dossiers est perçu comme généralement efficace en début de processus, surtout pour les trois principaux partenaires imputables : DPJ, policiers et procureurs. Toutefois, des difficultés peuvent survenir même à ce niveau, lorsque ces derniers n'arrivent pas à se joindre rapidement en début de processus ou, lorsque pour des raisons pratiques et de faisabilité, un des partenaires doit s'acquitter plus rapidement que les autres de son mandat.

Par ailleurs, certaines modalités connues et à respecter qui balisent le transfert d'informations (ex : règles relatives au secret professionnel ou à la confidentialité) complexifient la communication entre les partenaires, de même que le travail en équipe des praticiens. Elles sont perçues par certains répondants comme heurtant la culture du « travail d'équipe » (l'équipe étant considérée ici au sens large du terme, c.-à-d. interdisciplinaire et intersectorielle).

Ces aspects sont mentionnés par les intervenants et praticiens comme encore plus difficiles à gérer lorsque les modalités de transfert d'informations ou leur application dans la réalité terrain sont floues ou moins bien définies. C'est le cas, par exemple, des informations à obtenir et détenues par les Centres de la Petite Enfance (CPE) ou l'école, ou encore lorsque les policiers se présentent directement sur les étages d'un hôpital pour consulter un dossier médical sans passer par les archives. Il semble que cela survienne tant en début de processus qu'au cours de la prise en charge d'un dossier, une fois que l'enquête est enclenchée et que la preuve a été sécurisée, que ce soit lorsqu'on est en attente de procès ou en cours de celui-ci, lorsque l'enfant a continué de recevoir des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Il se dégage aussi des propos des participants que les balises légales entourant la consultation des dossiers RSSS, ou encore la nature des informations que les intervenants du réseau sont en droit de communiquer ou non en cours de suivi, sont perçues comme confuses par leurs partenaires. Cette confusion peut leur donner l'impression qu'à un certain moment, la communication est considérée à sens unique.

« Mais comme il disait tantôt, le retour du balancier, c'est quasiment toujours par en dessous de la table qu'on l'a, t'sais. Pis avoir accès à un dossier, on oublie ça là. Sans mandat, c'est impossible. ».

Réf. 5 — V 7 — Partage d'information. Ce qui est.

Enfin, les répondants s'entendent généralement pour dire que la mise en place de l'*Entente multisectorielle*, il y a une quinzaine d'années, a tout de même grandement amélioré les échanges et la coordination entre les partenaires. Et cela est d'autant plus vrai en début de processus. Cependant, certains participants témoignent d'une difficulté importante à joindre leurs partenaires (ex. : boîtes vocales, pas de retour d'appel, etc.). Dans certains cas, on note une absence totale de communication entre les partenaires. À cet égard, il ressort du discours des participants qu'une communication continue et fluide est essentielle à la prise de décisions optimale dans la gestion des dossiers et la dispensation des services.

« Aucun contact avec [ce partenaire]. Aucun contact. (...) si [ce partenaire], j'aurais pu avoir un contact avec eux autres, ça aurait aidé beaucoup moi à la fin, parce que cet enfant-là, il repartait avec son père, donc savoir c'est quoi les conditions qu'eux autres ont mises, qu'est-ce qu'il a eu, donc ça aurait vraiment été un beau cas d'une belle collaboration qu'on aurait pu travailler ensemble. Mais c'est sûr que j'essaie de développer (...) le plus de contact avec [ce partenaire] pour travailler ensemble ».

Réf. 5 — V16 — Partage d'information. Ce qui sera.

– Pistes de solutions suggérées

Les partenaires ont soulevé l'importance de clarifier les modalités de transfert d'informations confidentielles afin de favoriser la collaboration et la concertation.

« Pis au niveau de la confidentialité, (...) de reclarifier ça (...). J pense que ça, ça va peut-être enlever des irritants, parce que moi j'ai l'impression que ça, ça continue d'irriter les acteurs (...) ».

Réf. 4 — V5 — Partage d'information. Ce qui sera.

« (...) faudrait qu'il y ait une structure qui soit établie sur qu'est-ce qui peut être échangé au niveau des documents, qu'est-ce qui ne peut pas être échangé ou si ça peut l'être, dans quelles conditions, etc. Ça fait que ça serait quelque chose de facilitant ».

Réf. 1 — V6 — Partage d'information. Ce qui sera.

Une communication continue et fluide a aussi été soulignée comme étant importante pour assurer une prise de décision optimale lors de la prise en charge des situations. Pour ce faire, différents moyens à mettre en place ou à conserver ont été mentionnés par des répondants (ex : agent de liaison, mécanismes internes d'échange d'information, discussion tripartite, rencontres cliniques régulières, inclusion de l'équipe médicale dans l'Entente multisectorielle, développement d'un protocole impliquant le Centre d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels - CAVAC, etc.).

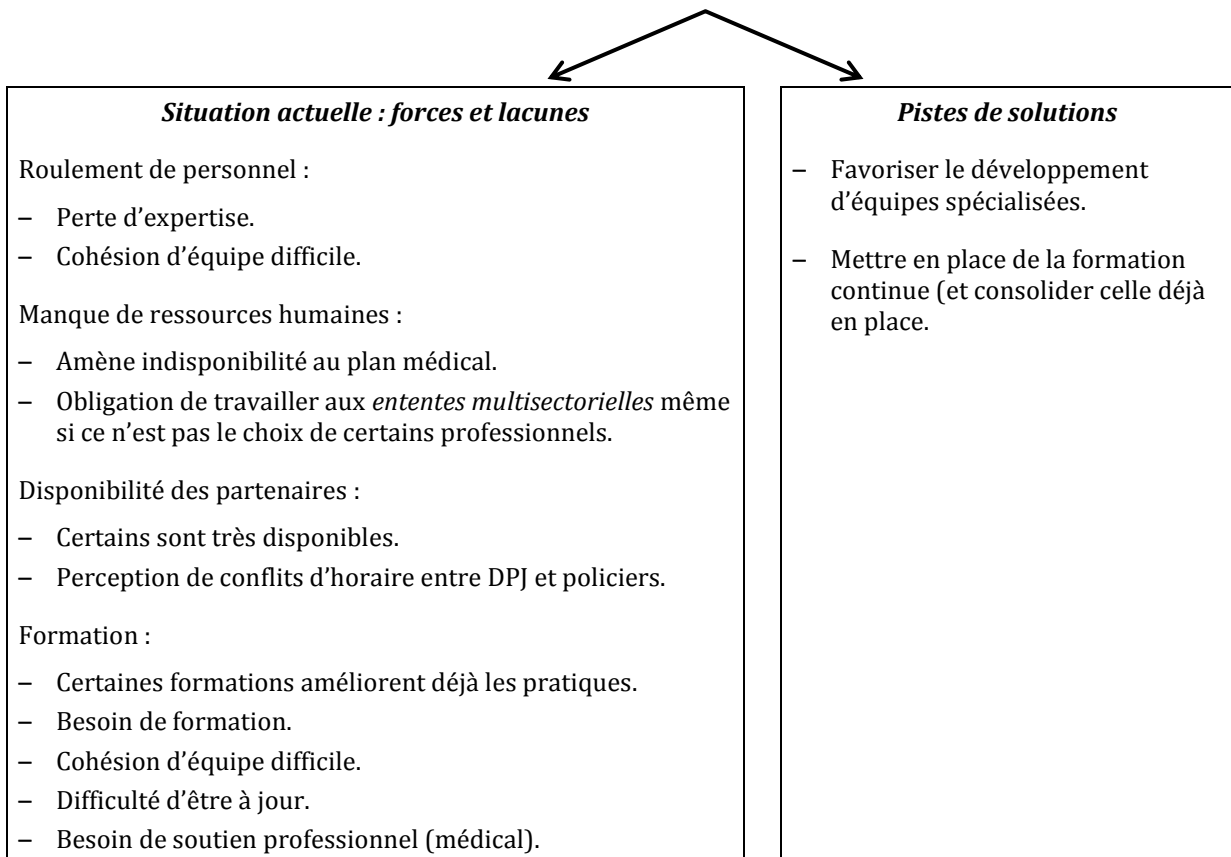
« Je pense qu'il y aurait lieu à mettre en place (...) des discussions cliniques, de s'asseoir, certains professionnels ensemble. (...) c'est pas des décisions qui se prennent sur un téléphone, tu as 15 minutes, sur la slide de même là. On parle de l'avenir d'un enfant, (...) des parents, pis des accusations judiciaires (...) ».

Réf. 2 — V15 — Partage d'information. Ce qui sera.

« Oui, bien en fait, l'agent de liaison, je pense que ça serait plus pour la DPJ en général versus la police, pis je trouve que c'est une excellente solution pour régler tous les problèmes de communication qu'il y a. (...) ça faciliterait le travail, c'est vraiment une bonne idée ».

Réf. 4 — V6 — Partage d'information. Ce qui sera.

Thème 3 – Ressources humaines



– Forces et lacunes

Le roulement de personnel au sein des organisations¹ est un défi important mentionné de façon assez unanime lors des entretiens. Selon les participants, ce roulement est susceptible d'engendrer une perte d'expertise et rend la cohésion d'équipe plus difficile, ce qui entraîne des effets négatifs sur les familles et la prise en charge des cas.

« (...) ce que je trouve qui ne va pas bien, c'est qu'il n'y a pas de cohésion, tsé c'est jamais les mêmes personnes, là au niveau de la protection de l'enfance, ici, on a Dr (anonyme), pis (anonyme), que ce n'est pas tout le temps les mêmes personnes, mais nous autres, des enquêteurs rive sud, Québec, base militaire, c'est jamais les mêmes policiers, c'est jamais les mêmes travailleuses sociales, c'est jamais le même personnel, pis c'est jamais sur la même unité de soin. Fait qu'il n'y a aucune cohésion ».

Réf. 1 — V13 — Ressources humaines. Ce qui est.

¹ Particulièrement à la Direction de la protection de la jeunesse et dans le monde médical.

« Pis des fois, une des lacunes, hem, il y a un roulement, bien entre autres, au niveau des intervenants de la DPJ, quand même un roulement qui, hem, est assez important. Ça fait en sorte que des fois, il y en a qui manquent d'expérience, pis qui vont faire des actions que, normalement, on aimerait mieux que ça se fasse pas. (...), mais ça se réchappe tout le temps-là ».

Réf. 1 — V6 — Ressources humaines. Ce qui est.

Le manque de ressources humaines spécialisées et adéquatement formées est aussi soulevé par les différents partenaires, en particulier, le nombre restreint de médecins spécialistes qui rendrait les services médicaux indisponibles dans certaines situations. Ce manque de ressources se ferait aussi sentir au sein des corps policiers. En effet, il semble que trop peu de policiers soient intéressés par les délits familiaux, ce qui ferait en sorte que certains policiers doivent travailler, malgré eux, à l'application des *Ententes multisectorielles*. Des policiers soulignent que, dans leur culture organisationnelle, travailler avec les *Ententes multisectorielles* est parfois perçu comme peu attrayant à cause de la charge de travail que cela exige et de la difficulté de porter des accusations. De plus, il ressort de leur discours que le travail sur les crimes commis envers les enfants est moins valorisé par leur organisation.

« Parce que, c'est un autre, c'est un autre problème, au niveau de l'équipe, ici, on commence presque avoir la moitié des gens qui sont obligés d'être, d'être au protocole. (...) on n'avait pas assez de volontaires pour venir travailler aux Ententes multi, quand il y a des nouveaux, ils sont obligés (...). Ça fait des gens qui sont pas nécessairement heureux de faire le travail qu'ils font ».

Réf. 2 — V12 — Ressources humaines. Ce qui est.

« Ça, je pense que c'est un irritant. (...) le fait que des fois, bien, il y a pas d'enquêteur de disponible, parce qu'il y a eu 5 protocoles ce matin-là, pis bien là, les intervenantes, eux autres, ils seraient prêts ».

Réf. 4 — V8 — Ressources humaines. Ce qui est.

De façon générale, en ce qui concerne la disponibilité des partenaires, plusieurs participants se disent d'avis que les partenaires sont disponibles les uns pour les autres et qu'il est facile de les rejoindre lorsque c'est nécessaire. Certains répondants ne sont toutefois pas de cet avis. Tel qu'expliqué précédemment dans la section sur le partage d'informations, certains répondants disent avoir des difficultés importantes à rejoindre certains partenaires. D'autres mentionnent aussi des difficultés liées à des conflits d'horaire entre l'équipe de la DPJ et celle des enquêteurs.

Concernant les formations offertes au personnel, des partenaires observent les effets positifs de celles-ci sur les pratiques. Entre autres, il semble que les formations offertes dans les milieux scolaires favoriseraient des pratiques plus cohérentes dans l'ensemble du processus d'application de l'*Entente multisectorielle*.

Bien que les formations actuelles semblent efficaces et appréciées par les partenaires, le besoin d'avoir davantage de formation sur les pratiques probantes (effectué sous un mode de formation continue) a été soulevé par les répondants. Entre autres, des formations en lien avec différentes réalités terrain vécues sont souhaitées (ex. : les meilleures pratiques entourant les verbalisations de l'enfant, les communautés culturelles et le trouble de stress post-traumatique).

De plus, considérant la quantité et le roulement du personnel médical et infirmier qui œuvre à l'urgence et en pédiatrie, il semble qu'il soit difficile de garder l'ensemble du personnel à jour dans les formations et les nouvelles procédures. Les partenaires médicaux ont aussi soulevé le besoin important de soutien professionnel afin de permettre au personnel de ventiler lorsqu'ils prodiguent des soins à des enfants victimes.

« (...) Euh, quand on vit une situation d'abus physique claire, là, je veux dire, il y a beaucoup d'infirmières qui ont de la difficulté à aller prendre soin de l'enfant, à intervenir avec les parents, parce que ça les prend au cœur ».

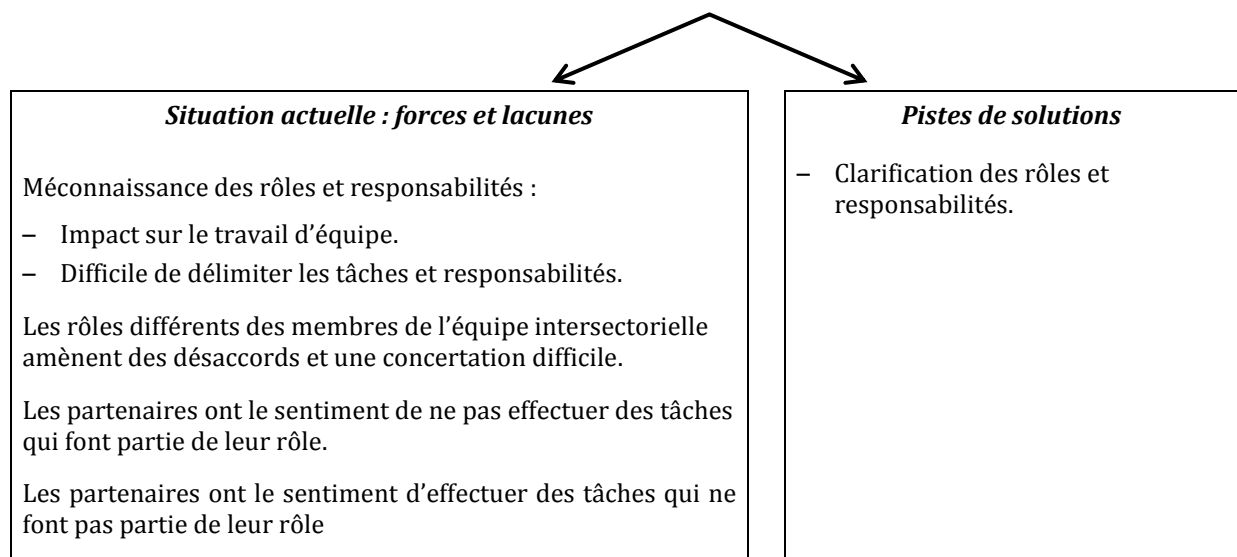
Réf. 8 — V13 — Ressources humaines. Ce qui est.

– Pistes de solutions suggérées

Le fait de favoriser le développement d'équipes spécialisées a été identifié par les partenaires comme une solution potentielle pour éviter la perte d'expertise et pour favoriser la cohésion dans les interventions interdisciplinaires. Les partenaires suggèrent, entre autres, de mettre sur pied une équipe d'intervenants à la DPJ spécialistes de l'*Entente multisectorielle*, qui travailleraient toujours avec la même équipe d'enquêteurs, aussi spécialisés dans les *Ententes multisectorielles*. De l'avis de certains, au niveau médical, la présence d'une travailleuse sociale et d'une infirmière en soutien à ces noyaux DPJ/enquêteurs (dans les cas d'abus et de maltraitance) viendrait pallier certaines des difficultés identifiées.

La mise en place d'un programme de formation continue pour l'ensemble des partenaires et la consolidation des formations déjà offertes sont aussi des solutions envisagées pour favoriser une gestion et une prise en charge efficaces des situations en abus et maltraitance. Ces programmes pourraient viser des aspects généraux et plus spécifiques en fonction des différentes disciplines. De plus, il est suggéré de mettre sur pied un mode de rétroaction sur les pratiques médicales ainsi qu'un protocole précis à suivre dans le traitement médical des situations d'abus et de maltraitance.

Thème 4 – Rôles et responsabilités des partenaires



Forces et lacunes

Une méconnaissance mutuelle des rôles et des responsabilités des partenaires est identifiée par l'ensemble des professionnels. Cette méconnaissance semble avoir un effet négatif important sur l'efficacité du processus de traitement interdisciplinaire des situations d'abus sexuels et physiques.

« Personne connaît le rôle de chacun ou pense en connaître une partie, mais dans 5 ans que j'ai été dans l'unité, j'ai jamais eu de rencontre inter-intervenants pour savoir, pis t'sais, de discuter des problématiques que chacun vivait pour (...) trouver une solution (...). Ça fait que moi je pense que ça c'est une des grosses grosses faiblesses de l'entente. On veut tous ramer dans le même bord, dans la même direction, dans un objectif commun, mais chacun avec ses propres moyens, sans savoir c'est quoi les rôles et responsabilités des autres ».

Réf. 1 — V6 — Rôles et responsabilités. Ce qui est.

De l'avis des participants, la méconnaissance des rôles et des responsabilités ferait en sorte qu'il est difficile de délimiter les tâches et les responsabilités de tous les acteurs associés à la prise en charge globale d'une situation. Et cette méconnaissance est susceptible de créer tant des interventions en double que des trous de services. Par exemple, il est parfois difficile de déterminer à qui appartient la responsabilité de référer les familles à des services de soutien. Ainsi, certaines familles bénéficient des services, alors que d'autres ne seraient même pas informées de l'existence ou de la possibilité d'obtenir de tels services.

Aux dires de certains répondants, cette méconnaissance aurait aussi un *impact sur le travail d'équipe*. En effet, il devient difficile pour les partenaires de bien comprendre les décisions prises par les uns et les autres puisque les mandats et les contingences de chacun sont peu connus. L'incompréhension des décisions prises par un vis-à-vis affecterait la cohésion de l'équipe interdisciplinaire responsable d'appliquer l'Entente et amènerait parfois de l'animosité entre les partenaires. Il semble donc que les rôles différents des membres amènent des désaccords et une concertation difficile. Les rôles et mandats de l'équipe policière et de l'équipe de la DPJ semblent les moins bien compris et suscitent des désaccords ou rendent la concertation difficile.

« (...) Ça fait que tsé je pense que c'est aussi une méconnaissance, là, du travail de chacun, (...) c'est difficile de bien comprendre le travail que chacun fait avec ses spécificités pis ça c'est ça qui crée des fois des euh, des animosités ou tsé quand on est fâché parce que l'autre a fait ci ou que... ».

Réf. 6 — V13 — Rôles et responsabilités. Ce qui est.

Cette méconnaissance des rôles et des responsabilités a aussi été associée au fait que certains partenaires peuvent avoir l'impression d'effectuer des tâches qui ne font pas partie de leur mandat ou l'impression de ne pas effectuer des tâches qui font partie de leur mandat. Des exemples concrets ayant mené à des imbroglios ont été mentionnés. Nous les avons traduits, aux

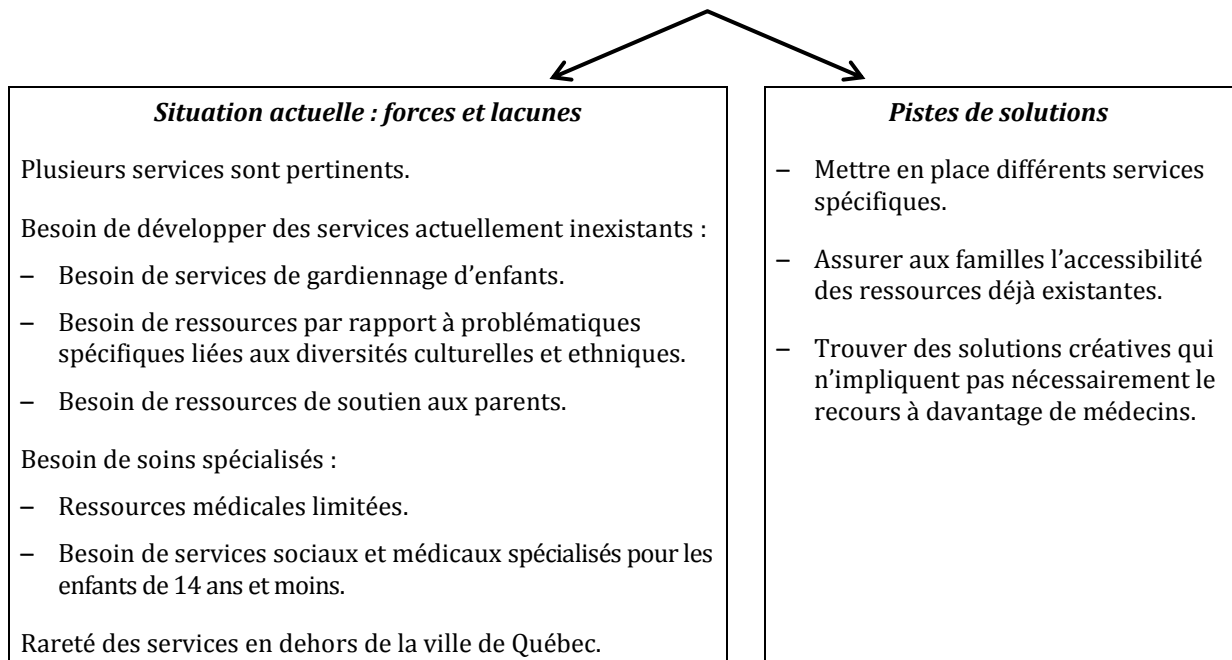
fins de notre analyse, par des questions sur lesquelles les acteurs du projet devront porter une attention particulière dans l'élaboration du futur algorithme de prise en charge des situations :

- Est-ce ou non le rôle de l'équipe médicale d'être gardienne de la protection de l'enfant (si ses parents représentent une menace) lorsque ce dernier est hospitalisé ? Jusqu'où s'étend ce rôle si tel est le cas ?
- Les intervenants en protection de la jeunesse (DPJ) peuvent émettre une opinion, mais est-ce à eux d'avoir à se prononcer sur la pertinence (clinique ou dans l'intérêt supérieur de l'enfant) de porter des accusations au criminel ?
- Devons-nous attendre des policiers qu'ils jouent un rôle de « soutien psychosocial » lorsqu'ils s'acquittent de leur tâche dans une situation ? Jusqu'où et comment cela se traduit-il concrètement ?
- Devons-nous nous attendre à ce que l'intervenant de la DPJ effectue du « gardiennage » d'enfants (ex : fratrie) pendant l'enquête policière ou un examen médical, ou bien qu'il soit la personne sur laquelle repose la responsabilité de fournir de l'information aux parents concernant le processus judiciaire criminel ?
- Devrait-on rappeler le rôle du CAVAC d'offrir des services de suivi et d'accompagnement (services qui sont rarement offerts) ?
- Est-ce davantage le rôle de la DPJ ou celui du médecin de dresser l'historique psychosocial des familles ?

– ***Pistes de solutions suggérées***

Il nous apparaît clair qu'il faudra porter un soin particulier à clarifier les rôles et responsabilités des parties prenantes dans l'élaboration, l'implantation et l'animation du futur algorithme de la trajectoire de services globale du CSIAM. Une réflexion commune amenant des réponses aux questions posées ci-haut fournira possiblement des enseignements précieux. Outre les chantiers à venir pour y répondre, quelques suggestions plus spécifiques ont aussi été mentionnées, comme celles qui sont relatives à l'importance d'informer les partenaires des services offerts par les organismes communautaires et de clarifier les responsabilités des écoles quant aux signalements effectués dans les situations d'abus physiques et sexuels suspectés ou dans celles de négligence grave.

Thème 5 – Services spécifiques et soins spécialisés



– Forces et lacunes

La présence de plusieurs services pour les familles est perçue comme très pertinente par les partenaires. Les services offerts par le CAVAC ainsi que la nécessaire collaboration qui doit prendre place avec les membres de l’équipe médicale ont entre autres été soulignés. De plus, le rôle de certains intervenants au sein d’établissements comme le CAVAC ou la DPJ a été mentionné comme central pour faciliter la communication et la concertation entre les partenaires.

Le besoin de raffermir ou de développer des services actuellement inexistantes a aussi été soulevé par plusieurs partenaires. Par exemple, il a été fréquemment mentionné qu’un service de gardiennage d’enfants pendant le travail d’entrevue d’investigation avec les membres de la famille ou pendant les examens médicaux permettrait aux partenaires de mieux réaliser les activités associées à leurs mandats respectifs. De même, il faudrait réfléchir et mettre sur pied des services spécifiques nécessaires pour répondre aux besoins des familles de cultures et d’ethnies différentes (ex. : interprètes, psychoéducation incluant une dimension interculturelle).

« Je reviens à la culture (...) justement, il y en a beaucoup d’abus physiques, de méthodes éducatives déraisonnables, tsé souvent avec des marques pis des choses comme ça, pis pour ces cultures-là, les policiers là, c’est de la corruption. (...) comment on accompagne ces familles-là là-dedans, que ce soit le parent qui a commis l’abus où quelqu’un d’autre extérieur à la famille, je trouve que ça, c’est un enjeu important, parce qu’on en a de plus en plus là. (...) ».

Réf. 2 — V15 — Services spécifiques et soins spécialisés. Ce qui est.

Les partenaires sont préoccupés par le besoin de ressources de soutien aux parents. Plusieurs se disent d'avis que les parents sont laissés à eux-mêmes dans le processus d'*Entente multisectorielle*.

« Ça c'est le volet euh, c'est le volet information j'trouve euh, aux parents là euh, qu'est-ce qu'on fait exactement, pourquoi ils n'ont pas le droit d'assister aux vidéos, euh pourquoi que là c'est important que tu ne questionnes pas ton enfant, mais, c'est tout ce volet-là que souvent on est obligé de couper court parce qu'on n'a pas le temps de travailler ça. Puis t'sais on les laisse dans la salle de la famille pendant que nous on rencontre euh, son enfant. Ça fait que t'sais, c'est sûr qu'ils sont pris avec toute cette charge d'émotion là sans savoir quoi faire. Puis quand je vais retourner à la maison, je vais tu pouvoir retourner à la maison, c'est mon conjoint, mais c'est l'abuseur, c'est, c'est tout ça aussi ».

Réf. 2 — V11 — Services spécifiques et soins spécialisés. Ce qui est.

La nécessité de mettre sur pied des services sociaux et médicaux spécifiques pour répondre aux besoins des enfants de 14 ans et moins semble faire l'unanimité. Selon les répondants, les familles d'enfants de cet âge tombent rapidement dans un trou de services, aucun partenaire n'ayant de mandat spécialisé et spécifique pour les aider. Par exemple, certains mentionnent le besoin de services pour intervenir dans les cas de comportements sexuels problématiques chez les enfants de 14 ans et moins. L'accès limité à des ressources médicales est aussi constaté et mentionné par l'ensemble des partenaires comme un problème. On parle ici tant du manque de médecins spécialistes et de leur disponibilité restreinte, que du fait qu'il semble difficile, pour les familles, d'avoir un suivi médical ou infirmier après les examens d'évaluation (ex : trousse médico-légale). De plus, il semble qu'un accès aux psychologues et une plus grande disponibilité de leur part soient des besoins importants. Ces besoins seraient entre autres liés aux longues listes d'attente pour obtenir les services d'un psychologue et aux frais onéreux des services privés.

Enfin, la rareté de ces services en dehors du territoire de la Ville de Québec (ex. : Portneuf, Charlevoix, Rive-Sud) a été mentionnée. Cette rareté implique des déplacements fréquents vers Québec et une plus grande difficulté d'accès aux services.

– ***Pistes de solutions suggérées***

Différents services spécifiques à mettre en place ont été proposés pour pallier aux lacunes identifiées. Les partenaires ont suggéré :

- La mise en place de services d'interprètes.
- L'implication de la clinique des réfugiés.
- Les services de gardiennage.
- La mise en place de services de soutien pour les parents.
- La mise en place d'un agent pivot qui suit le dossier du début à la fin.

« Donc, j'me dis, ce serait intéressant (...) une personne qui suit (...) le dossier, qui accompagne la famille, (...) qui peut expliquer à la famille (...) comment ça se passe tout ça ».

Réf. 1 — V5 — Services spécifiques et soins spécialisés. Ce qui sera.

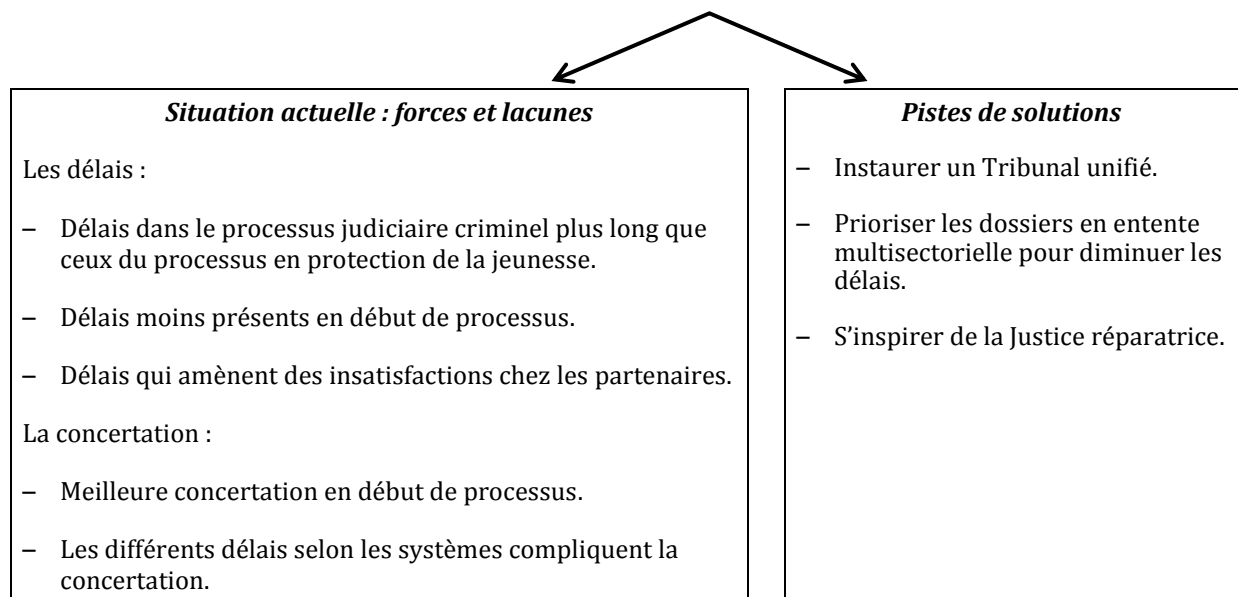
L'importance d'assurer aux familles l'accessibilité aux services déjà offerts a aussi été soulevée. Il semble que certaines familles n'obtiennent parfois pas d'aide, car elles n'ont pas été en mesure de rejoindre ou d'avoir accès aux services pour des raisons diverses.

« L'accessibilité aux ressources, (...) ils essaient d'avoir le CALACS (Viol-Secours), ils essaient d'avoir le CAVAC, (...) l'accessibilité, il y en a, (...) à cause qui sont barrés au niveau monétaire. (...) on les renvoie vers les travailleurs sociaux d'école quand les écoles, le jeune est à l'école là, mais, peut-être que c'est, peut-être pas l'idéal. Parce que eux autres manquent de formation aussi sur comment ».

Réf. 1 — V11 — Services spécifiques et soins spécialisés. Ce qui sera.

Par rapport au manque de ressources médicales, il a été proposé de trouver des solutions créatives qui n'impliquent pas nécessairement d'avoir recours à davantage de médecins, par exemple, la présence d'une infirmière clinicienne effectuant l'évaluation initiale des cas d'abus et de maltraitance, ou certaines activités de liaison avec les partenaires.

Thème 6 – Les systèmes sociojudiciaires à deux vitesses



– Forces et lacunes

Les répondants identifient des difficultés sur le terrain liées au fait que les *Ententes multisectorielles* se concrétisent dans un système sociojudiciaire à deux vitesses. Cela signifie que les délais afférents aux processus impliqués sont différents. Entre autres, les délais du processus judiciaire criminel sont foncièrement plus longs que ceux du processus judiciaire en protection de la jeunesse, ceux-ci se déclinant en fonction des différents mandats et réalités organisationnelles des acteurs.

« Puis tsé, c'est un des problèmes dans l'application de l'entente, c'est que chacun a des délais différents dépendamment de la loi qu'il applique. Tsé c'est qu'à un moment donné, il faut se parler puis il faut essayer de s'entendre puis respecter les délais de chacun, mais ça devient, ça devient quelque chose d'essayer de coordonner tout ça, là ».

Réf. 2 — V12 — Système sociojudiciaire à deux vitesses. Ce qui est.

Bien que moins présents en début de processus, ces délais semblent compliquer la concertation entre les partenaires.

« Bien souvent on n'avance pas au même niveau non plus, pis à la même vitesse là. C'est pas évident de se concerter justement par rapport à ça ».

Réf. 1 — V14 — Système sociojudiciaire à deux vitesses. Ce qui est.

Par ailleurs, la concertation présente en début de processus semble s'effriter avec le temps et avec l'augmentation des délais, ce qui induit des insatisfactions chez les partenaires.

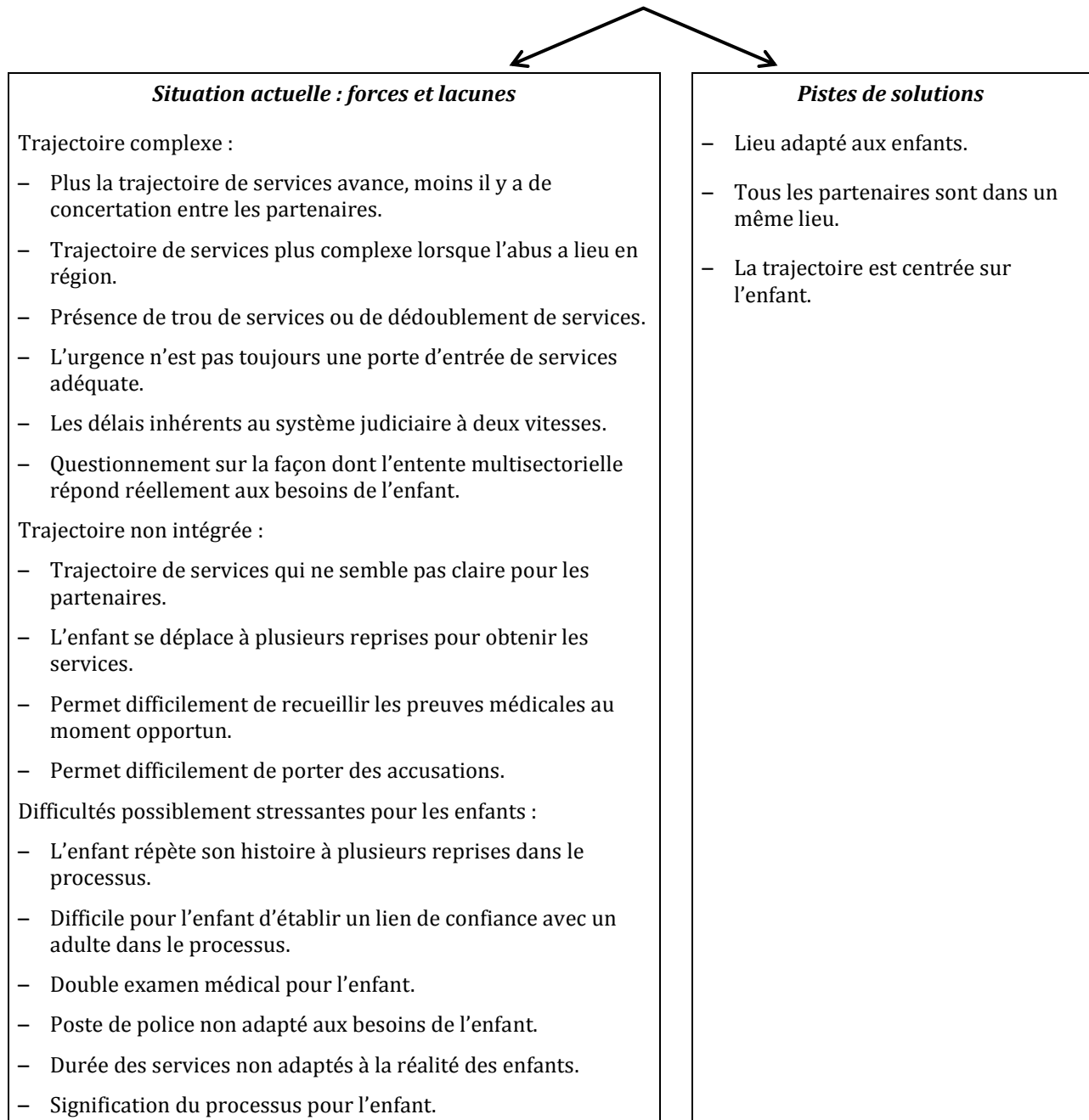
« (...) On a faite l'entente fin avril, papa devait être rencontré le 1er mai, pas avant la fin juin finalement. Mais, à moi, y'admets des choses, y'était prêt à être rencontré. Finalement, on passe au tribunal, hier, pis y'admet encore plus. Y'avait juste à le rencontrer, pis les policiers auraient toute eu leur stock. Mais là, avec le délai, je sais pas s'il va être aussi franc avec les policiers... ».

Réf. 4 — V15 — Système sociojudiciaire à deux vitesses. Ce qui est.

– Pistes de solutions suggérées

Puisque les délais sont inhérents aux lois qui s'appliquent, il est difficile pour les partenaires de suggérer des modifications ou des solutions concrètes. Certains répondants ont tout de même proposé de prioriser les dossiers d'Entente multisectorielle dans la trajectoire judiciaire ou d'instaurer un tribunal unifié afin de diminuer les délais. D'autres ont évoqué la pertinence de s'inspirer de la justice réparatrice, entre autres dans les dossiers d'abus physiques intrafamilial, afin de répondre davantage aux besoins de ces familles dans la trajectoire sociojudiciaire à deux vitesses.

Thème 7 – Trajectoire de services complexe, non intégrée et ayant des impacts sur les familles



– Forces et lacunes

La trajectoire de services globale des situations d'abus sexuels ou physiques est d'abord décrite par les partenaires comme étant complexe, c'est-à-dire qu'il est difficile pour ces derniers de bien en comprendre toutes les étapes et de les mettre en application.

Cette perception de complexité peut s'expliquer par le fait que plus on avance dans la trajectoire proposée par *l'Entente multisectorielle*, moins il y a de concertation entre les partenaires. Il

semble qu'avec le temps, il devient difficile pour les partenaires de communiquer leurs décisions et actions, et la compréhension commune de l'évolution du dossier s'en trouve entachée.

« Euh, bien, au début, (...) quand on commence, pis qu'on enclenche une entente multi, ça va bien, tout le monde se parle, (...), mais plus on avance dans l'entente, pis plus on se relâche. (...). Il y a une étape dans l'Entente, (...) la quatrième, où on doit communiquer chacun nos décisions aux autres partenaires. Bien à partir de là, là ça fait pouet, pouet, pouet, pis ça, on le fait plus. (...) nos décisions souvent arrivent loin dans le temps. (...) On manque à aviser nos partenaires, pis... ».

Réf. 1 — V12 — Trajectoire. Ce qui est.

Il semble que la trajectoire se complexifie davantage lorsque *l'Entente multisectorielle* se déroule en région, puisque davantage de partenaires sont impliqués et que les services spécialisés sont plus difficiles d'accès. La complexité de la trajectoire s'illustre aussi par le fait que plusieurs services sont dédoublés ou, au contraire, inexistantes. Par exemple, deux examens médicaux peuvent être faits sur un enfant et aucun sur un autre.

« (...) il y a au niveau des abus sexuels, là, ça semble toujours compliqué, ça, il y a... Je suis sûre qu'il y a un pourcentage d'enfants qu'on ne voit pas en clinique et il y a un pourcentage d'enfants qui sont vus pour deux examens ».

Réf. 6 — V13 — Trajectoire de services. Ce qui est.

« (...) au niveau (...) des services à apporter aux victimes. C'est qu'à un moment donné, ça se dédouble. (...). Ça devient une bataille, une chicane de service. Bien on commence à le ressentir, hein, que chacun essaie de tirer la couverture, parce que plus on a de personnes référées, bien plus qu'on a de financement. Fait que tsé, un moment donné on sent que, soit qu'il y en a pas du tout, ou soit qu'il y en a trop.

Réf. 3 — V12 — Trajectoire de services Ce qui est.

Dans un autre ordre d'idées, l'urgence de l'hôpital comme porte d'entrée aux services dans les situations d'application de *l'Entente multisectorielle* est questionnée. La pratique en urgence hospitalière ne permet pas de faire une bonne évaluation lors d'une situation d'abus ou de maltraitance, ce qui influence l'ensemble de la trajectoire de prise en charge globale de la situation par la suite.

« (...) La porte d'entrée n'est pas nécessairement la bonne à mon avis, parce qu'on travaille toujours sous pression avec une salle d'attente qui est constamment presque pleine, (...) de faire une évaluation, ça ne prend pas deux minutes là, autant au niveau du questionnaire que de l'examen. Il faut être dans le milieu (...) savoir c'est quoi la pratique d'urgence pour comprendre comment, des fois, on peut avoir plein d'affaires qui vont faire qu'on va pas faire une bonne évaluation comme on aurait dû faire. ».

Réf. 3 — V13 — Trajectoire de services. Ce qui est.

De l'avis des répondants, il semble aussi que les délais inhérents au système judiciaire à deux vitesses permettent difficilement de répondre au meilleur intérêt de l'enfant. Les délais importants qui existent entre le processus social de la Chambre de la jeunesse (plus rapide) et le processus judiciaire criminel, amènent les partenaires à se questionner sur la façon dont *l'Entente multisectorielle* répond aux besoins de l'enfant. En fait, la situation psychosociale de l'enfant, dans son quotidien, a le temps d'évoluer entre le moment de la dénonciation et le moment du procès au criminel. Il arrive que l'intérêt supérieur de l'enfant change au fil du temps et que la tenue d'un procès criminel l'amenant à condamner son parent abuseur s'avère davantage délétère pour lui et sa famille.

« Oui, parce que je pense qu'à la base, *l'Entente multisectorielle*, c'est toujours avoir en tête le meilleur intérêt de l'enfant. Alors est-ce que le meilleur intérêt de l'enfant, c'est de revenir témoigner contre quelqu'un avec qui il va souper ce soir ? (...) Alors il faut faire la démarche supplémentaire avant d'engager le procès, de voir est-ce que c'est encore le meilleur intérêt de l'enfant. Si ça l'était à l'époque, de l'abus, c'est une chose, est-ce que ce l'est encore au moment du procès ? (...) *L'Entente multisectorielle*, on n'a pas le choix d'y adhérer non plus (...) Alors on la respecte, on vit avec. ».

Réf. 2 — V8 — Trajectoire. Ce qui est.

En plus d'être décrite comme complexe, la trajectoire de services de *l'Entente multisectorielle* est qualifiée par les partenaires de « non intégrée ». Ces derniers en ont parlé comme d'une trajectoire peu précise dont les étapes de services ne sont pas bien balisées. Le fait que cette trajectoire soit non intégrée s'illustre, par exemple, par le fait que l'enfant et sa famille doivent se déplacer à de nombreuses reprises pour obtenir l'ensemble des services. Les partenaires disent aussi que cette trajectoire de services permet difficilement de recueillir des preuves médicales au moment opportun, principalement, à cause des délais entre les étapes de services.

« Oui, TML (trousse médico-légale). C'est un délai maximum de 5 jours pour qu'on soit capable d'avoir des prélèvements, mais malgré que les parents, les tuteurs ou les personnes proches qui entendent les dénonciations de l'enfant ou qui voient des signes, même s'ils voient admettons le lendemain de l'agression sexuelle, pis que la DPJ reçoit l'appel le lendemain de l'agression sexuelle, nous on a des appels de la DPJ 10 jours plus tard, donc le délai est passé pour la TML. (...) ».

Réf. 1 — V10 — Trajectoire. Ce qui est.

Plus encore, cette trajectoire peu intégrée semble faire en sorte qu'il pourrait être plus difficile de porter des accusations judiciaires à terme.

« (...) Tout le travail qu'on va faire ou on pense pouvoir faire ne pourra pas mener à des accusations, donc on sent qu'on travaille pour rien. On ne travaille pas dans l'intérêt de l'enfant dans ces conditions-là. Surtout que c'est un processus difficile pour cet enfant-là de passer au travers de la police, des enquêteurs, de sa famille, etc., (...) il va se confier, (...) pis qu'il veut que ça arrête. Pis finalement, bien il y en aura pas de conséquences ».

Réf. 4 — V6 — Trajectoire. Ce qui est.

Dans l'état actuel des choses, les participants sont d'avis que plusieurs aspects de la trajectoire produisent des stress supplémentaires à un enfant qui dénonce, par exemple, lorsque le processus amène l'enfant à répéter son histoire à plusieurs reprises. De plus, en raison du fait qu'actuellement, l'enfant rencontre un grand nombre d'adultes au cours du processus, ce qui fait qu'il est difficile pour lui d'établir un lien de confiance avec quelqu'un. Aussi, le fait de faire vivre deux examens génitaux (trousse médico-légale et rencontre médicale) à un enfant prépubère, dans un contexte déjà hautement stressant, ne devrait pas avoir lieu, sauf s'il y a des indications médicales bien précises.

Mentionnons que le poste de police n'est pas un lieu chaleureux qui favorise les verbalisations, d'autant plus que les installations ne sont pas adaptées aux enfants, surtout aux plus jeunes. La durée des services est parfois inadaptée à leur réalité d'enfants (longue durée des entrevues, délais entre les rencontres, longs déplacements).

« C'est peut-être (...) où que c'est fait aussi, parce que c'est très peu chaleureux (...) c'est un élément clé (...) d'être dans une salle avec une petite table, des murs gris pis quelqu'un d'imposant qui est devant toi (...). Je pense que ça, ça pourrait être un point qui pourrait être (...) à améliorer (...) ».

Réf. 1 — V15 — Trajectoire. Ce qui est.

Sur le plan clinique, la signification du processus pour l'enfant a aussi été questionnée. Certains partenaires se demandent si l'enfant a l'impression d'être aidé dans tout ce processus. D'autres s'interrogent sur la signification que peut avoir le poste police pour certains. Par exemple, des enfants pourraient avoir l'impression d'avoir mal agi.

« Une autre chose peut-être que j'aimerais partager, c'est oui, effectivement, le lieu, le message que ça envoie aux enfants d'aller au poste de police, est-ce que c'est moi qui est méchant ? Déjà ils ont cette crainte-là, ils sont en trahison, ils vont avoir peur de ce qui va se passer pour la personne qui dénonce, pis le fait d'aller au poste de police, c'est vraiment vraiment super-épeurant, pis c'est comme, ça vient leur confirmer leur peur qu'eux-mêmes sont pas corrects, c'est leur peur fondamentale, qui vient d'être confirmée par le fait qu'on les amène voir la police, je trouve que c'est assez problématique ».

Réf. 3 — V15 — Trajectoire. Ce qui est.

Enfin, des partenaires décrivent une trajectoire où les familles se sentent seules dans le processus. D'après les propos recueillis, des familles seraient peu informées des différentes étapes de la trajectoire et se sentiraient impuissantes. Il semble aussi que les familles seraient particulièrement laissées à elles-mêmes lors de l'attente du jugement. De plus, en région, les nombreux déplacements sont aux frais des familles, ce qui peut en décourager plusieurs.

– **Pistes de solutions suggérées**

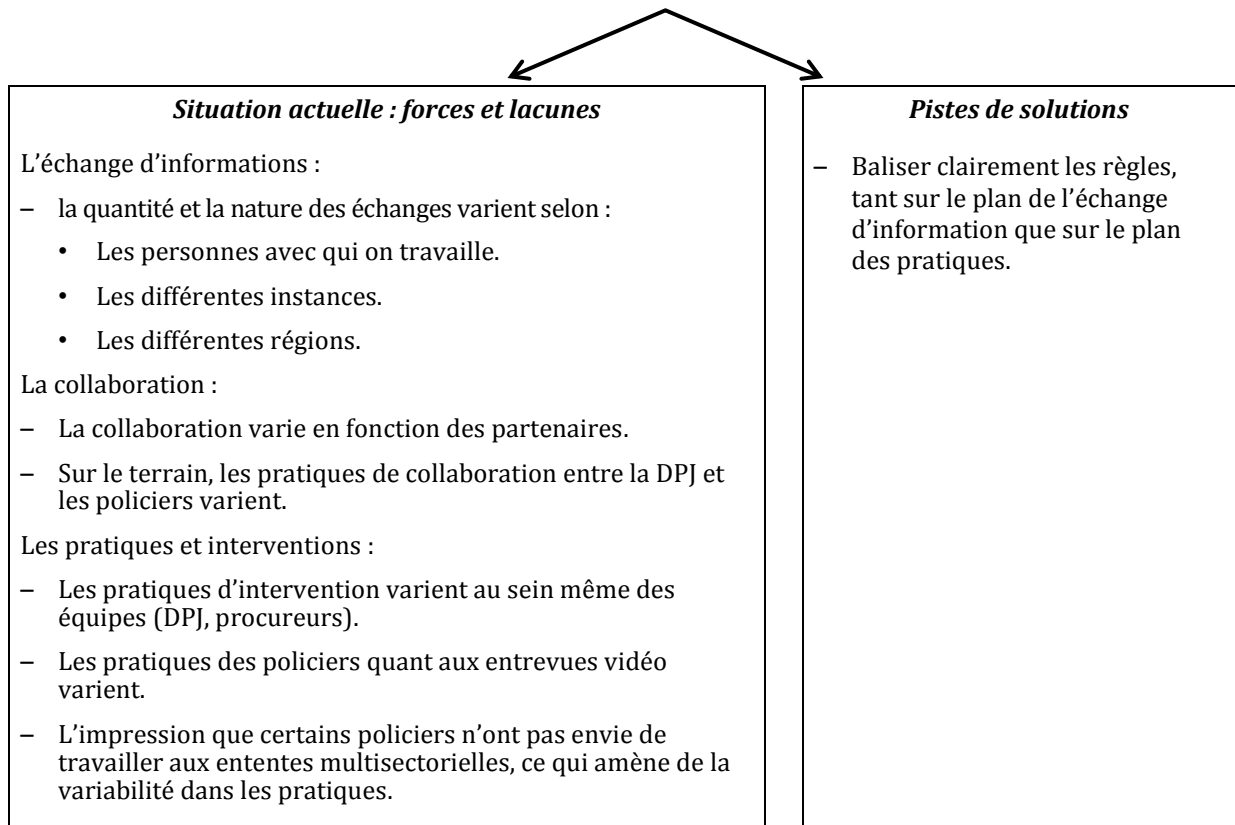
Les partenaires ont nommé différentes solutions en regard des difficultés mentionnées. Les suggestions énoncées se divisent en trois thèmes.

Premièrement, les répondants ont mentionné de façon unanime la pertinence de se regrouper en un seul lieu pour travailler ensemble. Tous se disent d'avis que cela faciliterait la concertation tout au long du processus et permettrait d'offrir des services intégrés et répondant davantage aux besoins de la famille.

Deuxièmement, les répondants ont soulevé l'importance d'offrir les services dans un lieu neutre, adapté à l'enfant et accessible aux familles. Plus spécifiquement, les partenaires ont parlé d'un lieu accueillant où les besoins de base de l'enfant peuvent être répondus (sieste, collation, salle de bain adaptée, salle de jeux, etc.) et où les parents peuvent aussi être pris en charge.

Troisièmement, les solutions proposées gravitent autour de l'idée générale qu'il est important de centrer la trajectoire de tous les services offerts autour de l'enfant. Autrement dit, ce sont les services qui se rendent à l'enfant, et le bien-être de ce dernier devrait demeurer la priorité.

Thème 8 – Variabilité des processus et des services intra et inter partenaires



– Forces et lacunes

L'ensemble des partenaires dépeignent une réalité terrain où les processus inhérents à l'échange d'information, à la collaboration dans la gestion des dossiers ainsi qu'à la nature des pratiques et des interventions posées varient.

Il appert que la quantité et la nature de l'échange d'informations varient en fonction des personnes impliquées dans les dossiers, peu importe les partenaires. Certains vont offrir beaucoup d'informations alors que d'autres en offrent peu ou pas du tout.

Ainsi, les partenaires constatent que la gestion entourant l'échange de l'information est variable d'une situation à l'autre. Cette variabilité semble reposer davantage sur la tête des personnes impliquées que sur les pratiques ou les lignes de conduite des établissements partenaires. De plus, les répondants notent que si l'échange d'informations peut parfois varier en fonction des personnes, elle peut aussi varier entre les différentes instances (ex. : corps policiers) et les différentes régions.

Très liée à l'échange d'informations, les partenaires ont l'impression que la collaboration varie en fonction des professionnels avec qui ils travaillent. Certains mentionnent avoir d'excellentes relations avec quelques-uns et de moins bonnes avec d'autres.

« (...) [dans cet établissement], j'ai une intervenante, elle est excellente. (Anonyme) est extraordinaire. Mais hem... [avec un autre établissement] on a une relation ultra mauvaise (...) Zéro collaboration (...) ».

Réf. 3 — V7 — Variabilité des processus. Ce qui est.

De même, il semble que la nature des pratiques de collaboration entre les intervenants de la DPJ et les policiers varie d'un dossier à l'autre. Par exemple, dans certains cas, l'intervenant de la DPJ sera mis à contribution lors des entrevues, alors que dans d'autres cas, il sera plutôt relégué à l'écart.

Les pratiques d'intervention ont aussi été mentionnées comme variables au sein d'une même équipe de partenaires. Il semble en effet que certains procureurs tiennent davantage à planifier l'intervention à trois (DPJ, policier, procureurs), alors que d'autres y accordent moins d'importance et aussi que les pratiques des intervenantes de la DPJ varient d'un dossier à l'autre.

« Aussi, ce n'est pas nécessairement une méconnaissance, mais t'sais, comment, dans notre intervention, des fois, d'une fois à l'autre, ce n'est pas la même chose. Comment que des fois, on devrait se questionner sur l'impact justement quand on fait une intervention, une personne fait une intervention. (...) ».

Réf. 6 — V4 — Variabilité. Ce qui est.

Les répondants mentionnent aussi que les pratiques des policiers quant à ces entretiens varient. Certains semblent plus ou moins habitués et à l'aise de faire des entrevues vidéo et les policiers ne semblent pas tous avoir la même approche avec l'enfant victime.

– **Pistes de solutions suggérées**

Avoir un lien personnalisé avec les partenaires favorise la collaboration et l'échange d'informations. Une avenue de solution serait de baliser clairement des règles, tant sur le plan de

l'échange d'informations, qu'au plan des pratiques en cours dans la prise en charge globale d'une situation d'abus ou de maltraitance.

Thème 9 – Autres informations digne d'intérêt

Des préoccupations et inquiétudes quant aux répercussions possibles des interventions posées ont été émises, entre autres, sur le plan légal. Par exemple, certains participants soulèvent le fait que les dossiers traités en *Entente multisectorielle* en protection de la jeunesse engendrent plus de plaintes et de poursuites. Devant cet état de faits, certains membres de l'équipe intersectorielle mentionnent la peur de représailles.

« (...) Répondant 9 : Tout le monde a peur des représailles, là ».

« Répondant 6 : Mets-en là ».

Réf. 4 — V13 — Autres. Ce qui est.

« (...) C'est sûr que les gens ont peur de ces cas-là, là, ils ont souvent des troubles de personnalité associés... Puis il faut être vraiment dans les règles de l'art puis de pas déroger à rien pour être sûr qu'on est solide puis toute la littérature le dit qu'on a plus de poursuites, on a plus de ci, on a plus de ça, plus de plaintes, tout ce qui est en lien avec la protection de l'enfant, là, ça fait que les gens peuvent avoir peur ».

Réf. 5 — V13 — Autres. Ce qui est.

Un autre exemple de préoccupations des partenaires est lié au souci que les interventions préconisées nuisent à l'accumulation de preuves policières.

« Parce que c'est sûr que moi non je ne me sens pas nécessairement très bien outillé [pour évaluer les situations d'abus physiques et sexuels grave] (...) Quand que je pars pis que le papa m'a dit « va vérifier tes affaires », j'ai toujours peur de faire un faux pas pour pas briser, parce que souvent c'est ce qu'ils nous disent les policiers là, tu défaîs ma preuve, fallait pas que tu poses de questions, fallait pas faire ci, fallait pas faire ça, fait que (...) ».

Réf. 3 — V14 — Autres. Ce qui est.

De même, les intervenants des équipes de la DPJ et de l'équipe de l'application des mesures soulèvent la difficulté d'établir un lien de confiance avec les familles tout en voulant protéger l'accumulation de la preuve policière.

La question du niveau de preuve à atteindre (hors de tout doute) et du pouvoir discrétionnaire au Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) pour décider d'aller de l'avant avec des accusations criminelles demeure une question sensible. Elle peut être perçue, dans certains cas, comme générant de grandes déceptions lorsque les policiers ou les intervenants sociaux ou médicaux sont convaincus qu'une agression a été commise, mais que des accusations ne peuvent pas être portées. De plus, que les situations soient fondées ou non, c'est souvent le même niveau d'analyse et d'investissement qui est exigé au sein des dossiers. Le fardeau est lourd et les

intervenants ont l'impression de manquer de ressources pour assumer les charges de travail qui y sont associées.

Des préoccupations ont aussi été émises sur la difficulté de faire un filtrage (« screening ») adéquat dans certaines situations, à savoir si une *Entente multisectorielle* doit être déclenchée et « qui garde quoi » (en termes de preuves ou de faits observés) à « son niveau » (au plan de sa mission).

L'importance de bien déterminer ces enjeux et les impacts possibles dans la vie des enfants et des familles a été soulignée. Les zones sont perçues comme étant souvent grises.

Sur le terrain, certains disent se sentir seuls et dépassés. Sans compter le fait qu'actuellement, en ce qui concerne les pratiques professionnelles associées à l'*Entente multisectorielle*, il n'existe pas de mécanisme de suivi et d'amélioration continue des pratiques, comme c'est généralement le cas en médecine, en psychologie et en service social.

2.3.4. Forces et limites de l'analyse des propos des intervenants

L'analyse des propos retranscrits respecte un modèle opératoire convenu dans la littérature. Cette démarche a été réalisée par une assistante de recherche supervisée de près par une des co-chercheuse associée à l'équipe d'évaluation qui a pris connaissance de l'ensemble du matériel brut et qui a questionné et critiqué la démarche utilisée à chacune des étapes de l'analyse, puis révisé et commenté l'arborescence et la façon de présenter les résultats. Les rares désaccords ont été réglés par consensus entre l'assistante responsable de l'analyse et la co-chercheuse.

Sur le plan de la validité de contenu, la technique de saturation empirique a été utilisée. La saturation empirique réfère au moment où les observations recueillies dans les entretiens n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles pour justifier une augmentation du matériel empirique (Pires, 1997). Elle commande que les participants recrutés soient adéquats en nombre et en qualité pour documenter l'objet sous étude et garantir que le portrait dégagé soit complet et réaliste par rapport à la situation. De même, le « cas négatif » (ou la présence d'un propos contraire à la majorité des propos dégagés et convenus au sein d'une catégorie d'items par les parties prenantes) a aussi été observé, ce qui indique que la réalité est dépeinte par un nombre suffisant d'acteurs clés.

Quant aux limites observées, elles découlent de certains biais possibles dus aux dispositifs d'enquête, tels que la manière d'interroger (malgré le guide d'entrevue) et les différentes circonstances de temps et de lieux entre les groupes (ex. : certaines entrevues s'étant déroulées lors de réunions d'équipe statutaires, en présence du supérieur immédiat).

Bien que la neutralité des animateurs, lors des groupes de discussion, ait été favorisée, il est possible que ceux-ci n'aient pu garantir la position constructiviste qui était visée au départ. Des questions de faisabilité inhérentes au mandat d'évaluation et la posture de recherche-action adoptée pour la réalisation de ce mandat de co-construction amènent souvent ce genre d'enjeux.

Rappelons que la démarche n'en est pas une de recherche visant à produire des connaissances, mais une démarche évaluative. À ce titre, les évaluateurs sont d'avis que les limites mentionnées sont largement compensées par : *a)* la triangulation des données et *b)* la présentation des résultats aux participants et aux parties prenantes du projet et perçus comme plausibles.

3. Les centres d'appui aux enfants

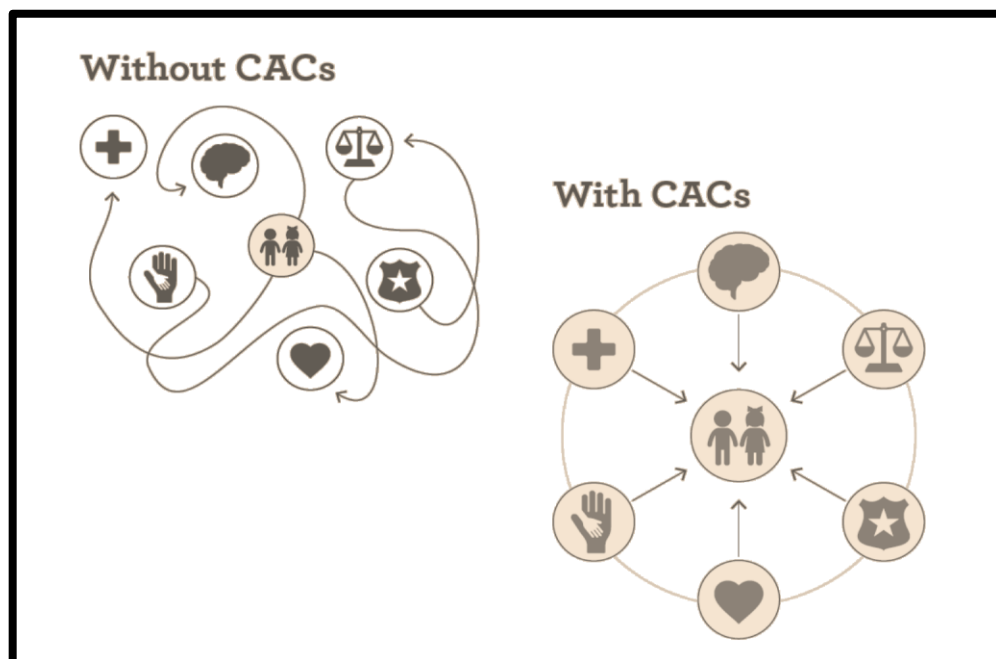
3.1. Le modèle

Les besoins soulevés précédemment démontrent donc la pertinence de proposer une avenue alternative pour améliorer l'offre d'évaluation et de prise en charge globale pour les enfants victimes d'abus et de maltraitance et leur famille. Après avoir recensé les différentes pratiques de collaboration appliquées à travers le monde, le modèle des centres d'appui aux enfants (CAE) est celui qui sert d'inspiration pour développer le Centre de services intégrés en abus et maltraitance à Québec.

D'abord appliqué aux États-Unis et agréé par la *National Children's Alliance* (NCA), les CAE sont un service coordonné destiné à répondre aux besoins des jeunes victimes ou témoins d'actes criminels dans le système de justice pénale (ministère de la Justice, 2016). Les CAE ont pour objectif de minimiser le stress et les traumatismes associés au système de justice en fournissant aux enfants et aux adolescents victimes ou témoins et à leur famille, un cadre d'intervention unique adapté à leurs besoins. Bien établie depuis les années '80 aux États-Unis avec plus de 785 centres accrédités, cette pratique de pointe est en émergence au Canada avec plus de 30 centres actifs ou en développement (carte en annexe 7).

La figure 12 schématise une organisation de services intégrés où l'enfant et ses parents (non-abuseurs) sont au cœur des interventions.

Figure 12
Illustration de trajectoires (NCA, 2015)



L'idée que la maltraitance envers les enfants est un problème d'ordre sociétal est centrale dans la philosophie et les valeurs des CAE et nécessite qu'une pluralité d'acteurs se concertent et collaborent afin de répondre adéquatement aux besoins des familles. Selon la NCA, un tel centre devrait répondre aux dix (10) critères¹ suivants :

- Une équipe multidisciplinaire (EMD) la plus complète possible avec des services plus ou moins intégrés en vertu de protocoles d'entente formels.
- Un milieu adapté aux enfants : neutre, rassurant et confortable.
- Des entrevues d'investigation menées par des professionnels formés selon des protocoles d'audition basés sur les meilleures pratiques.
- Des évaluations et soins médicaux pédiatriques spécialisés en maltraitance.
- Des services d'aide aux victimes et défense de leurs droits assurant une réponse unique, continue, cohérente, coordonnée et adaptée aux besoins spécifiques.
- Des services d'évaluation et de traitement en santé mentale axés sur le trauma.
- Une adaptation aux diversités culturelles.
- Un processus de revue des cas assurant une communication efficace, un partage d'information et un codéveloppement du personnel.
- Un suivi systématique et longitudinal des cas par le biais d'une collecte des données standardisée.
- Une capacité organisationnelle permettant l'opérationnalisation des principes d'action et l'autonomie de gestion.

Bien que ces critères soient établis par la NCA, le ministère de la Justice du Canada (2016) rappelle le fait « qu'un CAE est un programme communautaire conçu pour répondre aux besoins propres à la collectivité où il a été établi. Ainsi, les CAE n'offrent pas tous les mêmes services [...] ». D'ailleurs, le niveau d'intégration des services varie entre les différents CAE existants. Dans certains centres, l'ensemble des services sont offerts sur place. Dans d'autres, seule une partie des services sont offerts sur place et les autres sont assurés au moyen de ponts ou d'ententes assurant des références vers divers organismes au sein d'une trajectoire de services convenue.

¹ Les présents critères sont une traduction des auteurs.

3.2. La recherche

Une revue systématique des écrits a répertorié et analysé 27 articles empiriques évaluant l'efficacité des modèles CAE (Herbert & Bromfield, 2015). Il en est ressorti plusieurs constats qu'il faut prendre en compte lors de l'interprétation des résultats des études :

1. Peu d'études évaluent le modèle des CAE dans leur entièreté ; elles évaluent plutôt un certain nombre de composantes du modèle.
2. La plupart des études utilisent des indicateurs d'efficacité du modèle tels que le rendement du système de justice criminel et la satisfaction de la clientèle.
3. L'évaluation des CAE se centre généralement sur les résultats à court terme.

Il semble donc que l'efficacité des CAE sur l'enfant et sa famille (ex. : trauma de l'enfant et fonctionnement familial) est peu étudiée et qu'un besoin d'études sur le modèle des CAE ainsi que sur ses retombées à plus long terme se fait sentir. Plus encore, Herbert et Bromfield (2015) soulignent le besoin d'évaluer adéquatement les projets des CAE au moyen d'une méthodologie structurée par une théorie du changement, ce qui est presque absent dans la littérature actuelle.

Malgré ces limites, il est tout de même possible de rapporter certains constats quant à l'efficacité de ces modèles dans les communautés :

- Les approches de traitement utilisées par les CAE favoriseraient une diminution du sentiment de peur et les symptômes associés au trauma chez l'enfant (Hubel *et al.*, 2014 ; Jenson *et al.*, 1996).
- Par comparaison avec les approches traditionnelles, les responsables de l'enfant ayant expérimenté les CAE rapporteraient une meilleure satisfaction quant aux services (Jones *et al.*, 2007 ; Bonach, Mabry & Potts-Henry, 2010).
- L'approche multidisciplinaire utilisée par les CAE favoriserait une meilleure gestion du risque et de la qualité des interventions (Goldstein & Griffin, 1993 ; Pence & Wilson, 1994).
- L'approche multidisciplinaire utilisée par les CAE diminuerait la fragmentation, la confusion des rôles et les dédoublements de services entre les partenaires (Pence & Wilson, 1994 ; Skaff, 1988).
- L'approche multidisciplinaire utilisée par les CAE favoriserait des enquêtes et des évaluations plus efficaces et collaboratives (National Children's Alliance, 2015).
- L'approche multidisciplinaire utilisée par les CAE favoriserait une meilleure qualité de la preuve pour les instances judiciaires (Kolbo & Stong, 1997).

- Le modèle des CAE favoriserait un meilleur sentiment d'accomplissement et de collaboration entre les partenaires (Jones *et al.*, 2005).
- Le modèle des CAE favoriserait une réponse plus efficace aux cas complexes et un plus grand recours aux services et aux ressources appropriés (Jones *et al.*, 2005).
- Le modèle des CAE favoriserait une réduction des délais et une augmentation du taux de mises en accusation (Walsh *et al.*, 2008 ; mcdonald, Scrim & Rooney, 2013).
- Le modèle des CAE favoriserait une augmentation des évaluations médicales (Faller & Palusci, 2007 ; Walsh *et al.*, 2008).
- Le modèle des CAE favoriserait plus de références pour des soins spécialisés (Cross *et al.*, 2008).
- Par comparaison avec les approches traditionnelles, le modèle des CAE favoriserait une diminution des coûts de 36 % (Shadoin *et al.*, 2006).
- Par comparaison avec les approches traditionnelles, le modèle des CAE solliciterait davantage d'entrevues en équipe multidisciplinaire, de mécanismes de revue des cas, de services d'évaluation intégrés, d'approches de pratiques collaboratives et de locaux adaptés aux enfants (Cross *et al.*, 2007).
- Par comparaison avec les approches traditionnelles, la présence de CAE dans une communauté augmenterait le nombre de procès, d'accusations et de peines (Miller & Rubin, 2009 ; Bradford, 2005).

Bien que d'autres recherches effectuées sur le sujet pourraient permettre de mieux comprendre les effets des CAE sur les familles et les communautés, il semble que le modèle des CAE présente déjà des caractéristiques qui répondent aux besoins soulevés par l'analyse de besoins et est en mesure d'améliorer l'offre d'évaluation et de prise en charge globale offerte aux enfants victimes d'abus et de maltraitance et à leur famille à Québec.

4. Évaluation de la faisabilité

Cette quatrième section se rapporte à l'évaluation de la faisabilité du CSIAM soit à « sa capacité de s'opérationnaliser dans le contexte qui lui est propre » (Pineault et Daveluy, 1995, p. 280). Autrement dit, cette évaluation permet de savoir si l'implantation du CISAM est réalisable dans les conditions techniques, organisationnelles, financières, politiques et sociales actuelles et à venir. Il importe donc de considérer les éléments pouvant freiner ou favoriser la mise en œuvre du CSIAM à Québec.

Deux méthodes permettent de faire ressortir certains éléments de faisabilité incontournables à prendre en considération lors de l'implantation du CSIAM : 1) les groupes de discussion effectués auprès des intervenants sur le terrain et 2) l'approche de co-construction utilisée par le comité d'évaluation. En effet, le processus itératif de création d'un modèle logique fait partie intégrante de l'évaluation de la faisabilité tout en permettant de conclure à une proposition d'un modèle logique.

4.1. Les éléments de faisabilité perçus par les intervenants

Le troisième volet des groupes de discussion visait à recueillir les réactions des participants quant à l'implantation du CSIAM à Québec. Il offrait des pistes de réflexion sur les besoins les plus prioritaires à combler par le CSIAM et sur les façons les plus efficaces de s'y prendre, selon les acteurs du terrain.

Huit thèmes incontournables sont ressortis de l'analyse thématique¹ des propos émis :

1. Une vision commune.
2. La pertinence du rôle du *child advocate*.
3. Le modèle de service.
4. La gouvernance.
5. La formation et le soutien professionnel.
6. Le financement.
7. Les enjeux territoriaux.
8. L'échange d'information.

¹ Pour plus d'information sur la méthodologie de l'analyse thématique, se référer à la section 2 de ce rapport.

Thème 1 – Vision commune

Quelques participants ont souligné l'importance d'avoir une vision commune des responsabilités, de la gouvernance, du financement et des orientations du CSIAM. Le partage d'une vision commune entre les futurs partenaires du CSIAM semble être un élément garant de la réussite de l'implantation du projet.

« Moi je pense que le plus important, c'est le but commun. On a tous des mandats différents dans nos organisations. Je pense qu'on va changer nos mentalités [...] ».

Vision commune — V13.

« [Par rapport aux prêts de services] Que tous les partenaires soient d'accord pis qu'ils disent, ben oui, on est tous d'accord avec ça ».

Vision commune — V3.

Thème 2 – La pertinence du Child Advocate

La majorité des partenaires se sont exprimés sur l'importance du *child advocate* au sein du CSIAM. Ils le perçoivent comme une personne neutre qui accueille et prend en charge les familles, en plus de favoriser la continuité entre les services.

« [...] moi je trouve que le [child advocate] [...], c'est vraiment cool parce [...] qu'elles [les familles] vont sentir [...] qu'il y a des gens qui sont là pour s'assurer que tout a été fait [...] Tsé quelqu'un qui va prendre du temps pour eux autres [...] ».

Pertinence du child advocate — V4.

Thème 3 – Le modèle de service

Les partenaires se sont largement prononcés sur le modèle de service à privilégier au sein du CSIAM. Les propos concernant ce thème ont été divisés en quatre sous-thèmes : 1) **le niveau d'intégration des services**, 2) **des services cliniques**, 3) **un lieu adapté** et 4) **les critères d'inclusion de la clientèle**. Ces quatre sous-thèmes représentent les pierres d'assises identifiées par les partenaires dans la conception du modèle de service pour répondre aux besoins identifiés.

Premièrement, de façon générale, les répondants se disent d'avis que les services devraient être les plus intégrés possible et devraient tous se retrouver sous un même toit. De plus, les partenaires nomment différents avantages associés à un bon niveau d'intégration de services tels que la cohésion d'équipe, le développement d'une expertise et la prise en charge plus facile de l'enfant.

« Si c'est tout le temps le même enquêteur, bien il va devenir habitué de faire ça. Si c'est tout le temps la même personne de la DPJ, bien elle va devenir très ferrée, tsé on va devenir très habitués de gérer ça. [...] De toute façon, je pense que d'être

ensemble, ça fait développer une certaine chimie ou cohésion. [...] Moi je trouve ça plus facilitant quand tout le monde est ensemble ».

Modèle de service — Le niveau d'intégration des services — V13.

Mentionnons que les propos des corps policiers quant à l'intégration des services et leur prestation sont légèrement différents de ceux des autres partenaires, notamment leur avis mitigé sur la question de la disposition des services sous un même toit. Certains se disent en faveur de l'intégration de l'ensemble des services sous un même toit, alors que d'autres imaginent davantage un scénario où des équipes de policiers sont affectées de façon ponctuelle au CSIAM. Cette position semble, entre autres, être liée au volume de dossiers par territoire.

« [...] moi mon bureau devrait être ici. Puis quand on a un cas, on se déplace, puis on va là puis on a accès à tous les services. J'ai accès à mon bureau qui est sur place pour nous autres [...] Québec puis Lévis, à ce que je sache là, s'il y a un dossier à Québec, c'est pas moi qui va l'enquêter [...] puis je pense pas qu'on ait un volume ici qui permettrait d'avoir un ou deux enquêteurs à temps plein l'autre bord, prêt. Peut-être que je me trompe aussi [...] c'est pour ça que je me disais, je devrais être ici, puis quand on a des cas qui concernent Lévis, on se déplace, puis on a nos bureaux là-bas et on bénéficie de toutes les autres [...] ».

Modèle de service — Le niveau d'intégration des services — V11.

Deuxièmement, les partenaires se sont exprimés sur le genre de **services cliniques** qu'ils considèrent importants. Entre autres, ils nomment l'importance de choisir une approche de traitement en santé mentale soutenue empiriquement. De plus, des parties prenantes ont mis de l'avant la pertinence clinique d'offrir des services individualisés considérant le vécu des familles.

Je trouve qu'une chose importante, c'est [...] une bonne évaluation, une bonne orientation des cas. Que ce soit vraiment axé sur les besoins individualisés. C'est pas comme la porte est là, pis c'est la même recette, pis c'est la même affaire pour tout le monde. C'est pas ça. C'est [...] chacun de ces enfants-là a un contexte de vie différent, a vécu des choses différentes, avec des ressources différentes, donc faut tenir compte des forces sur lesquelles il faut axer [...] Un menu à la carte là.

Modèle de services — Des services cliniques — V15.

Troisièmement, les participants ont mentionné deux caractéristiques incontournables du **lieu physique du CSIAM**. Les partenaires s'entendent pour dire que le CSIAM devrait être un lieu neutre n'ayant pas de signification péjorative pour les familles et les enfants. Certains mentionnent que le CSIAM pourrait être intégré à un hôpital, alors que d'autres imaginent plutôt un bâtiment unique permettant une certaine visibilité dans la communauté. Somme toute, les partenaires insistent sur l'importance de la neutralité des lieux choisis. Les partenaires soulignent également la nécessité d'avoir un lieu adapté aux enfants et aux familles. Plus spécifiquement, le caractère chaleureux, accueillant et sécurisant de l'endroit semble faire l'unanimité.

Enfin, les participants se sont prononcés sur le **type de clientèle** qui pourrait bénéficier des services du CSIAM. Les partenaires suggèrent des critères d'inclusion larges et peu limitatifs. Par exemple, ils voient des avantages à offrir des services à une clientèle 0-18 ans vivant des problématiques de maltraitance, d'abus sexuels, d'abus physiques ou de violence familiale. Toutefois, quelques partenaires ont nuancé cette position. En effet, bien que l'importance d'offrir des services à une clientèle large fasse l'unanimité, certains mentionnent qu'offrir des services à une clientèle trop hétérogène sur le plan des problématiques pourrait amener une dilution de l'expertise.

« [...] j'aime l'idée (...) que ce soit plus large la problématique, sauf que je mettrais comme un astérisque, un bémol (...) parce que si on se met à ratisser trop large ; adolescents, enfants, violence conjugale, exposition, agression sexuelle. (...) un moment donné, on peut perdre de vue l'expertise, puis rajouter de la difficulté de quand c'est telle situation, c'est qui, quand c'est telle situation c'est quoi... ça fait que je pense que (...) tant qu'à faire un centre, mettre plusieurs services là, mais il faut juste être prudent de pas trop en mettre, parce que ce serait comme tentant de pelleter là-bas [...] ».

Modèle de services — Critères d'inclusion de la clientèle — V10.

Certains partenaires ont aussi mis de l'avant l'importance de considérer l'ensemble de la région de Québec dans les critères d'inclusion.

« [...] Pourquoi une fracture du bras sur la Rive-Sud pis une fracture du bras sur la Rive-Nord serait différente (...) ? Parce que les critères ne sont pas les bons ».

Modèle de services — Critères d'inclusion de la clientèle — V13.

Afin de faire profiter l'ensemble du Québec de l'expertise du CSIAM, certains ont suggéré que le centre soit un lieu de formation et de consultation pour d'autres régions.

« Pourquoi les enfants de Québec, Lévis, pis très proches auraient des excellents services, pis qu'on oublierait la région qu'on couvre comme secteur tertiaire. Tu peux pas faire ça ».

« Je pense qu'on [le CSIAM] va devenir consultant un jour [...] ».

Thème 4 – La gouvernance

Les partenaires se sont exprimés sur la question de la gouvernance du CSIAM. Pour certains, il semble clair qu'elle devrait relever du CIUSSS, entre autres à cause de la sensibilité des intervenants psychosociaux envers les besoins de l'enfant. D'autres répondants indiquent que si le CIUSSS assume la gouvernance du CSIAM, il faudra travailler étroitement en équipe avec l'ensemble des partenaires impliqués.

« [...] On a quelqu'un à notre établissement [le CIUSSS] qui chapeaute, à titre de gestionnaire, ce centre-là. Mais un gestionnaire qui est intimement lié avec les responsables des différents services ».

La gouvernance — V4.

De leur côté, certains participants aux groupes de discussion mentionnent que le CAVAC pourrait être un leader intéressant pour le CSIAM, en vertu de son contact étroit avec l'ensemble des partenaires. D'autres imaginent davantage une gouvernance partagée par l'ensemble des parties prenantes, de façon équitable. On constate que cette question de gouvernance est importante et très délicate, mais peu importe le type de gouvernance, l'ensemble des partenaires sont en accord avec un leadership fort et assumé, une condition gagnante pour réussir l'implantation du CSIAM.

« [...] qu'importe ce soit qui, j'ai envie de dire, il faut que le leadership soit fort, puis que tout soit respecté dans les règles de l'art, puis qu'il y ait du contrôle, ou des mesures de contrôle si on veut aussi ».

La gouvernance — V10.

Thème 5 – La formation et le soutien aux professionnels

À ce sujet, les participants font référence à l'importance de la formation continue offerte aux professionnels du CSIAM et à l'importance de doter le CSIAM d'une mission de transfert des connaissances vers les autres milieux. Plusieurs ont aussi mentionné la pertinence d'offrir du soutien à tous les professionnels dans leur champ d'expertise spécifique, comme dans le cas du travail interdisciplinaire, étant donné la lourdeur de certaines situations.

Thème 6 – Le financement

Les participants parlent du financement comme étant un enjeu majeur dans la réussite de l'implantation du CSIAM.

« Si on veut que ça sa marche, si on veut mettre les conditions gagnantes, mettons les ressources gagnantes. Fait que pour moi l'enjeu de financement est primordial ».

Financement — V3.

Plusieurs participants soulignent l'importance de réfléchir au type de structure (institutionnelle ou communautaire) que sera le CSIAM, étant donné l'impact financier que cela pourra avoir. Bien que plusieurs participants voient des avantages et des désavantages aux deux types de structures, l'ensemble des partenaires semble avoir une préférence pour un modèle institutionnel, étant donné la stabilité financière que cela lui procure.

« C'est dans le monde idéal, ça serait d'avoir la liberté du communautaire, pis la stabilité du financement gouvernemental ».

Financement — V2.

« Organisme communautaire ou établissement. T'sais, moi, je le vois beaucoup plus dans un sens d'établissement. C'est plate, mais en même temps, des organismes communautaires, on s'entend, les subventions, c'est à chaque année. (...) T'sais, les organismes communautaires, c'est pas simple, pour rester en vie ».

Financement — V4.

Plusieurs participants croient aussi que des prêts de service seront une partie importante du financement du CSIAM. En ce sens, le CSIAM n'est pas perçu par les participants comme une structure qui nécessitera beaucoup de coûts supplémentaires pour la région de Québec.

« [...] j'pense que ça va être ça qui va être une partie du financement qui va passer par les organismes en tant que tels (...) Ça va passer par le prêt de service ».

Financement — V4.

Thème 7 – Enjeux territoriaux

Deux aspects liés aux territoires couverts semblent primordiaux parmi les conditions favorisant une implantation réussie du CSIAM. Premièrement, quelques partenaires, en particulier les corps policiers, font part de leurs interrogations sur la façon dont les territoires de chacun seront pris en considération dans la définition des critères d'inclusion pour une référence vers les services du CSIAM. Pour ces policiers, les divisions judiciaires sur le plan du territoire semblent amener des questionnements sur la façon dont tous les partenaires pourront réellement travailler ensemble.

Répondant 3 : « Juste pour... Parce que là on parle qu'il y aurait partage de tâches, tout ça, mais (...) vu qu'il y a des équipes d'enquêteurs, (...) est-ce qu'ils seraient appelés à travailler ensemble ? Vraiment si c'est un dossier Lévis, ça serait juste Lévis ? »

Répondant 1 : « Ah non ça, de changer les districts pis les divisions judiciaires on n'est pas rendus là ».

Enjeux territoriaux — V12.

Certains partenaires rappellent la grandeur du territoire québécois et soulignent la pertinence de se questionner sur la façon dont le CSIAM pourra réellement répondre aux besoins de services et également de soutien et de rayonnement hors de la région de la Capitale-Nationale. Leur questionnement est lié à l'ampleur de leur mission rattachée aux services spécialisés et surspécialisés qui implique un mandat suprarégional (ex. : services médicaux pédiatriques en contexte de maltraitance pour l'Est-du-Québec).

Thème 8 – L'échange d'informations

De façon congruente avec l'ensemble des propos, plusieurs partenaires ont mis de l'avant l'enjeu de l'échange d'informations. Pour plusieurs, il importe que le CSIAM favorise et clarifie les règles et les protocoles relatifs à l'échange d'informations si l'on veut que l'implantation soit un succès et que tous adhèrent à une vision commune.

4.2. Les éléments de faisabilité ressortant de l'approche de co-construction

S'inscrivant dans une approche de co-construction, le comité d'évaluation ne se positionne pas en expert omnipotent. Il vise plutôt à soutenir l'ensemble des parties prenantes dans la construction d'une vision commune du CSIAM.

« L'évaluation ainsi que ses conclusions ne doivent pas représenter uniquement le jugement objectif de l'évaluateur, mais elles doivent plutôt inclure et correspondre aux valeurs dominantes des acteurs engagés dans l'évaluation (Weiss, 1972 cité dans Goyette, 2009, p. 37).

À différents moments du processus itératif d'évaluation de programme, des éléments de faisabilité ont pu être identifiés par le comité d'évaluation, par exemple, la présence du comité d'évaluation aux comités directeurs intersectoriels du CSIAM, qui a permis de constater l'intérêt, la mobilisation et les attentes de chacune des parties prenantes dans le projet. De plus, en avril 2016, les résultats préliminaires de l'étude de besoins ont été présentés au comité directeur intersectoriel, permettant ainsi de valider les résultats et d'assurer le consensus entre les partenaires.

En combinant la perception des intervenants terrain et la perception du comité d'évaluation et du comité directeur, quelques éléments à prendre obligatoirement en considération dans l'implantation du CSIAM à Québec ressortent :

1. La mobilisation des partenaires.
2. La gouvernance du CSIAM et les rôles et responsabilités des partenaires.
3. Le modèle de service.
4. La communication et le partage d'informations.
5. Le financement récurrent.

L'ensemble des éléments de faisabilité du projet ont été consignés dans un modèle logique.

5. Le Modèle logique

Le modèle logique est un outil de planification et d'évaluation qui permet de compiler et de visualiser l'information concernant un programme à l'aide d'un schéma (Porteous, 2009). Le modèle logique du CSIAM a été élaboré dans un processus itératif, dans lequel toutes les parties prenantes se sont mises en accord. L'élaboration du modèle logique s'est faite en cinq étapes :

1. Le comité d'évaluation a d'abord préparé une ébauche du modèle logique afin d'amorcer la discussion avec les partenaires lors d'un comité directeur intersectoriel.
2. Lors de ce comité directeur intersectoriel, chaque partenaire a été invité à suggérer des améliorations.
3. Un laps de temps de deux semaines a, par la suite, été accordé aux partenaires afin qu'ils puissent réfléchir individuellement au modèle et envoyer des suggestions par écrit, le cas échéant.
4. En tenant compte de l'ensemble des suggestions émises, le comité d'évaluation a proposé une nouvelle version du modèle logique qu'il a fait parvenir à l'ensemble des partenaires.
5. Lors du comité directeur intersectoriel, quelques modifications ont été effectuées sur le modèle logique et la version finale a été adoptée d'un commun accord par l'ensemble des membres de ce comité.

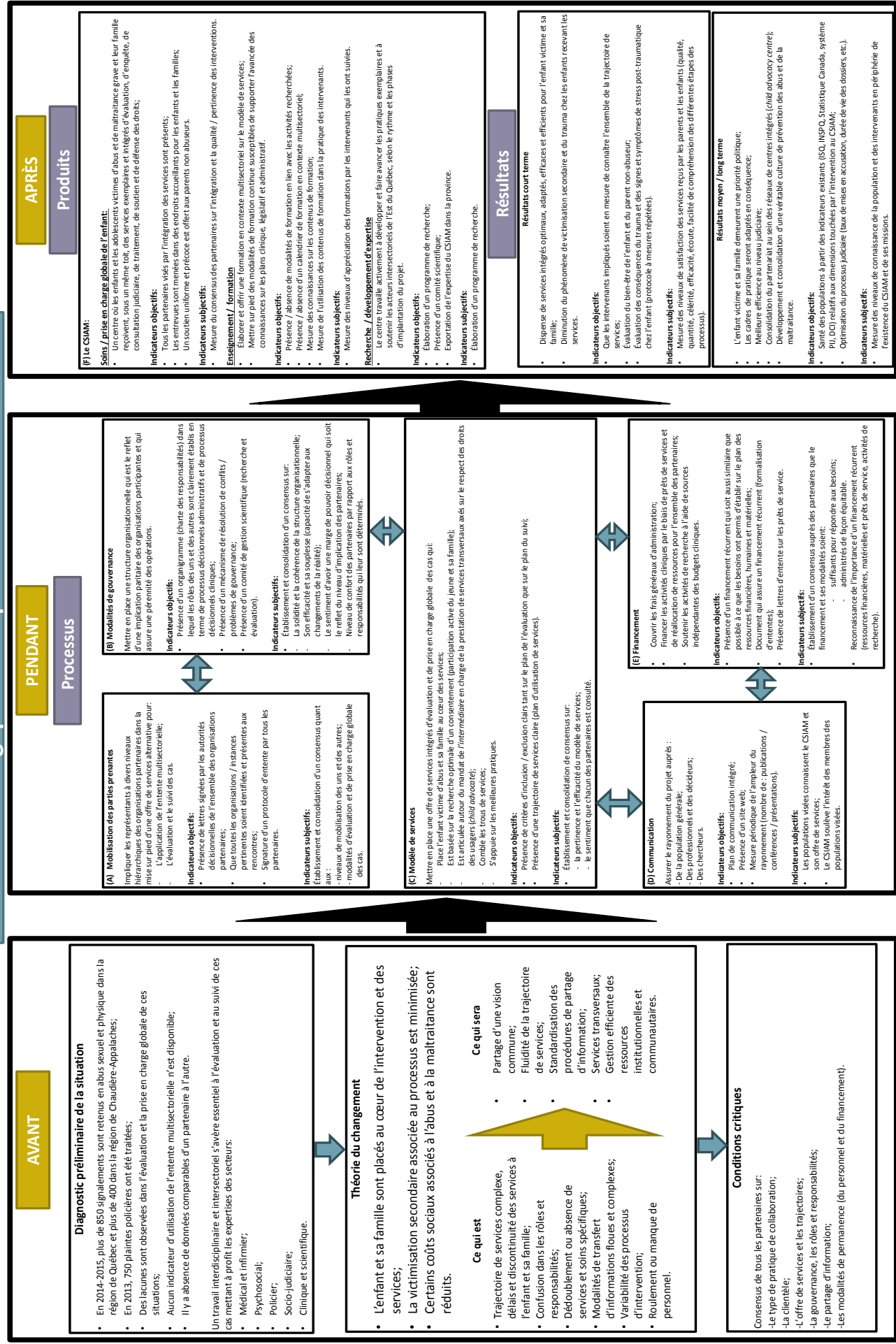
Les avantages d'un tel modèle résident autant dans le produit que dans son processus d'élaboration (Porteous, 2009). Disposer d'un modèle logique permet :

- de présenter les principales composantes du CSIAM d'une façon simple et visuelle.
- d'expliquer la théorie du changement qui sous-tend les activités du CSIAM.
- d'aider à déterminer les rôles et responsabilités des partenaires dans le processus d'implantation.
- de contribuer à l'élaboration de mesures (indicateurs) de rendement du CSIAM et de la qualité de son implantation.

Le processus d'élaboration du modèle logique comporte aussi des avantages, soit de :

- combler le fossé entre la planification stratégique et la planification opérationnelle.
- permettre aux parties prenantes de discuter du modèle du CSIAM et de s'entendre sur la description qu'ils en font.
- faire ressortir les points de compréhension ou les perceptions qui diffèrent à l'égard du CSIAM.
- faire ressortir les questions importantes pour l'évaluation en continu.

Figure 13
Modèle logique de l'implantation du CSIAM



AVANT

Diagnostic préliminaire de la situation

- En 2014-2015, plus de 850 signalements sont retenus en abus sexuel et physique dans la région de Québec et plus de 400 dans la région de Chaudière-Appalaches;
- En 2013, 750 plaintes policières ont été traitées;
- Des lacunes sont observées dans l'évaluation et la prise en charge globale de ces situations;
- Aucun indicateur d'utilisation de l'entente multisectorielle n'est disponible;
- Il y a absence de données comparables d'un partenaire à l'autre.

Un travail interdisciplinaire et intersectoriel s'avère essentiel à l'évaluation et au suivi de ces cas mettant à profit les expertises des secteurs:

- Médical et infirmier;
- Psychosocial;
- Policier;
- Socio-judiciaire;
- Clinique et scientifique.



Théorie du changement

- L'enfant et sa famille sont placés au cœur de l'intervention et des services;
- La victimisation secondaire associée au processus est minimisée;
- Certains coûts sociaux associés à l'abus et à la maltraitance sont réduits.

Ce qui est

- Trajectoire de services complexe, délais et discontinuité des services à l'enfant et sa famille;
- Confusion dans les rôles et responsabilités;
- Dédoubllement ou absence de services et soins spécifiques;
- Modalités de transfert d'informations floues et complexes;
- Variabilité des processus d'intervention;
- Roulement ou manque de personnel.



Ce qui sera

- Partage d'une vision commune;
- Fluidité de la trajectoire de services;
- Standardisation des procédures de partage d'information;
- Services transversaux;
- Gestion efficiente des ressources institutionnelles et communautaires.



Conditions critiques

Consensus de tous les partenaires sur:

- Le type de pratique de collaboration;
- La clientèle;
- L'offre de services et les trajectoires;
- La gouvernance, les rôles et responsabilités;
- Le partage d'information;
- Les modalités de permanence (du personnel et du financement).

PENDANT

Processus

(A) Mobilisation des parties prenantes

Impliquer les représentants à divers niveaux hiérarchiques des organisations partenaires dans la mise sur pied d'une offre de services alternative pour :

- L'application de l'Entente multisectorielle.
- L'évaluation et le suivi des cas.

Indicateurs objectifs

- Présence de lettres signées par les autorités décisionnelles de l'ensemble des organisations partenaires.
- Que toutes les organisations / instances pertinentes soient identifiées et présentes aux rencontres.
- Signature d'un protocole d'entente par tous les partenaires.

Indicateurs subjectifs

Établissement et consolidation d'un consensus quant aux :

- Niveaux de mobilisation des uns et des autres.
- Modalités d'évaluation et de prise en charge globale des cas.

(B) Modalités de gouvernance

Mettre en place une structure organisationnelle qui est le reflet d'une implication paritaire des organisations participantes et qui assure une pérennité des opérations.

Indicateurs objectifs

- Présence d'un organigramme (charte des responsabilités) dans lequel les rôles des uns et des autres sont clairement établis en terme de processus décisionnels administratifs et de processus décisionnels cliniques.
- Présence d'un mécanisme de résolution de conflits / problèmes de gouvernance.
- Présence d'un comité de gestion scientifique (recherche et évaluation).

Indicateurs subjectifs

- Établissement et consolidation d'un consensus sur:
 - La solidité et la cohérence de la structure organisationnelle.
 - Son efficacité et sa souplesse (capacité de s'adapter aux changements de la réalité).
 - Le sentiment d'avoir une marge de pouvoir décisionnel qui soit le reflet du niveau d'implication des partenaires.
 - Niveau de confort des partenaires par rapport aux rôles et responsabilités qui leur sont déterminés.



(C) Modèle de services

Mettre en place une offre de services intégrés d'évaluation et de prise en charge globale des cas qui:

- Place l'enfant victime d'abus et sa famille au cœur des services.
- Est basée sur la recherche optimale d'un consentement (participation active du jeune et sa famille).
- Est articulée autour du mandat de l'intermédiaire en charge de la prestation de services transversaux axés sur le respect des droits des usagers (*child advocate*).
- Comble les trous de services.
- S'appuie sur les meilleures pratiques.

Indicateurs objectifs

- Présence de critères d'inclusion / exclusion clairs tant sur le plan de l'évaluation que sur le plan du suivi.
- Présence d'une trajectoire de services claire (plan d'utilisation de services).

Indicateurs subjectifs

- Établissement et consolidation de consensus sur:
 - la pertinence et l'efficacité du modèle de services.
 - le sentiment que chacun des partenaires est consulté.



(D) Communication

Assurer le rayonnement du projet auprès :

- De la population générale.
- Des professionnels et des décideurs.
- Des chercheurs.

Indicateurs objectifs

- Plan de communication intégré.
- Présence d'un site web.
- Mesure périodique de l'ampleur du rayonnement (nombre de : publications / conférences / présentations).

Indicateurs subjectifs

- Les populations visées connaissent le CSIAM et son offre de services.
- Le CSIAM soulève l'intérêt des membres des populations visées.

(E) Financement

- Couvrir les frais généraux d'administration.
- Financer les activités cliniques par le biais de prêts de services et de réallocation de ressources pour l'ensemble des partenaires.
- Soutenir les activités de recherche à l'aide de sources indépendantes des budgets cliniques.

Indicateurs objectifs

- Présence d'un financement récurrent qui soit aussi similaire que possible à ce que les besoins ont permis d'établir sur le plan des ressources financières, humaines et matérielles.
- Document qui assure un financement récurrent (formalisation d'ententes).
- Présence de lettres d'entente sur les prêts de service.

Indicateurs subjectifs

- Établissement d'un consensus auprès des partenaires que le financement et ses modalités soient:
 - suffisants pour répondre aux besoins.
 - administrés de façon équitable.
 - Reconnaissance de l'importance d'un financement récurrent (ressources financières, matérielles et prêts de service, activités de recherche).



APRÈS

Produits

(F) Le CSIAM

Soins / prise en charge globale de l'enfant

- Un centre où les enfants et les adolescents victimes d'abus et de maltraitance grave et leur famille reçoivent, sous un même toit, des services exemplaires et intégrés d'évaluation, d'enquête, de consultation judiciaire, de traitement, de soutien et de défense des droits.

Indicateurs objectifs

- Tous les partenaires visés par l'intégration des services sont présents.
- Les entrevues sont menées dans des endroits accueillants pour les enfants et les familles.
- Un soutien uniforme et précoce est offert aux parents non abuseurs.

Indicateurs subjectifs

- Mesure du consensus des partenaires sur l'intégration et la qualité / pertinence des interventions.

Enseignement / formation

- Élaborer et offrir une formation en contexte multisectoriel sur le modèle de services.
- Mettre sur pied des modalités de formation continue susceptibles de supporter l'avancée des connaissances sur les plans clinique, législatif et administratif.

Indicateurs objectifs

- Présence / absence de modalités de formation en lien avec les activités recherchées.
- Présence / absence d'un calendrier de formation en contexte multisectoriel.
- Mesure des connaissances sur les contenus de formation.
- Mesure de l'utilisation des contenus de formation dans la pratique des intervenants.

Indicateurs subjectifs

- Mesure des niveaux d'appréciation des formations par les intervenants qui les ont suivies.

Recherche / développement d'expertise

- Le centre travaille activement à développer et faire avancer les pratiques exemplaires et à soutenir les acteurs intersectoriels de l'Est du Québec, selon le rythme et les phases d'implantation du projet.

Indicateurs objectifs

- Élaboration d'un programme de recherche.
- Présence d'un comité scientifique.
- Exportation de l'expertise du CSIAM dans la province.

Indicateurs subjectifs

- Élaboration d'un programme de recherche.

Résultats

RÉSULTATS COURT TERME

- Dispense de services intégrés optimaux, adaptés, efficaces et efficaces pour l'enfant victime et sa famille.
- Diminution du phénomène de victimisation secondaire et du trauma chez les enfants recevant les services.

Indicateurs objectifs

- Que les intervenants impliqués soient en mesure de connaître l'ensemble de la trajectoire de services.
- Évaluation du bien-être de l'enfant et du parent non-abuseur.
- Évaluation des conséquences du trauma et des signes et symptômes de stress post-traumatique chez l'enfant (protocole à mesures répétées).

Indicateurs subjectifs

- Mesure des niveaux de satisfaction des services reçus par les parents et les enfants (qualité, quantité, célérité, efficacité, écoute, facilité de compréhension des différentes étapes des processus).

RÉSULTATS MOYEN / LONG TERME

- L'enfant victime et sa famille demeurent une priorité politique.
- Les cadres de pratique seront adaptés en conséquence.
- Meilleure efficience au niveau judiciaire
- Consolidation du partenariat au sein des réseaux de centres intégrés (*child advocacy centre*).
- Développement et consolidation d'une véritable culture de prévention des abus et de la maltraitance.

Indicateurs objectifs

- Santé des populations à partir des indicateurs existants (ISQ, INSPQ, Statistique Canada, système PIJ, DCI) relatifs aux dimensions touchées par l'intervention au CSIAM.
- Optimisation du processus judiciaire (taux de mises en accusation, durée de vie des dossiers, etc.).

Indicateurs subjectifs

- Mesure des niveaux de connaissance de la population et des intervenants en périphérie de l'existence du CSIAM et de ses missions.

6. Conclusion

6.1. Recommandations pour les étapes à venir

Les recommandations suivantes sont issues à la fois des constats liés aux analyses des deux bases de données qui ont été résumées ci-haut et aux propos tenus par les participants aux groupes de discussion.

- Les difficultés exprimées par les intervenants et les gestionnaires ayant trait à l'utilisation de l'*Entente multisectorielle* amènent ces mêmes personnes qui sont au cœur des processus d'intervention à proposer que la mise en place du CSIAM s'appuie sur une théorie du changement faisant en sorte :
 - **Que l'intérêt de l'enfant est absolument primordial** et que ce n'est que cet intérêt qui devra orienter les discussions, les décisions et les processus d'intervention.
 - **Que la victimisation secondaire des enfants victimes et de leur entourage** (c'est-à-dire les problèmes liés à l'administration même des modalités d'intervention préconisées par l'Entente multisectorielle) **soit significativement atténuée.**
 - **Que l'on puisse mesurer, à moyen et long terme, une diminution réelle de certains des coûts sociaux associés à l'abus et à la maltraitance.**
- L'idée est encore tentante de mettre en place une ressource comme le CSIAM couvrant le plus de territoire possible (c'est-à-dire non pas seulement la Ville de Québec et les agglomérations constituant la communauté urbaine de la ville, mais aussi les régions avoisinantes). **Or, dans un premier temps, les acteurs du milieu s'entendent à recommander qu'initialement, à tout le moins, l'expérience du CSIAM demeure à une échelle aussi raisonnable que possible**, afin que tous puissent expérimenter les approches qui s'y développeront dans un environnement à « échelle humaine », tant pour les intervenants que pour les victimes et leurs proches.
- En comparant l'expérience des *Child advocacy centers* aux États-Unis et ailleurs au Canada avec l'histoire et les traditions de l'intervention sociale au Québec, les intervenants et les organismes qu'ils représentent s'entendent sur le fait que **le leadership de la mise en place du CSIAM devrait être assumé par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.**
- Mais, dans un même élan, **tous s'entendent aussi à l'effet que la gestion quotidienne du CSIAM devrait être assurée par des modalités de gestion participative et, surtout, représentant de façon paritaire l'ensemble des organismes qui seront liés à son fonctionnement récurrent.**

- On recommande également que le fonctionnement des activités cliniques et d'interventions dispensées au CSIAM repose sur la collégialité d'équipes spécialisées multidisciplinaires et interorganisationnelles.
- De plus, pour que de telles équipes puissent fonctionner et, sur le plus long terme, se renouveler tout en s'améliorant, on recommande que **la formation continue fasse partie intégrante du fonctionnement récurrent du CSIAM** et soit considérée comme un investissement plutôt que comme une dépense.
- Dans un même élan, il va de soi que **la recherche scientifique doit être vue comme un soutien fondamental et obligatoire aux pratiques d'intervention** et qu'intervention et recherche puissent s'alimenter l'une l'autre de manière aussi continue que possible.

Références

- Alain, M. et Dessureault, D. (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Les Presses de l'Université du Québec, 306 pages.
- Alain, M. (2009). *Histoire, théories et modèles d'évaluation de programme*. Dans : M. Alain et D. Dessureault (dir). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p. 6-28). Québec : Université du Québec.
- Bonach, K., Mabry, J. B. et Potts-Henry, C. (2010). Child Advocacy Centers and Credentialing: Issues for Practitioners. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 687-708.
- Bradford, A. B. (2005). *Legal Outcomes as Effectiveness Research of Forensic Interviewing at the Child Advocacy Center of East Alabama* (Master Thesis). Auburn University, Auburn, AL.
- Camirand, H., Traoré, I. et Baulne, J. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 208 p.
- Centre jeunesse de Québec (2015). *Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse*. Récupéré le 4 août 2016 du site du centre jeunesse de Québec : <http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca/publications/Bilan%20DPJ/Bilan%20DPJ%202014-2015.pdf>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada – Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*. Secrétariat interagences en éthique de la recherche, 234 pages.
- Cross, T. P., Jones, L. J., Walsh, W., Simone, M. et Kolko, D. J. (2007). Child Forensic Interviewing in Children's Advocacy Centers. *Child Abuse and Neglect*, 31(10), 1031–1052.
- Cross, T. P., Jones, L. J., Walsh, W., Simone, M., Kolko, D. J., Szczepanski, J. *et al.* (2008). The Multi-Site Evaluation of Children's Advocacy Centers: Overview of the Results and Implications for Practice (OJJDP Crimes Against Children Series) (Research Bulletin). Washington, DC : Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Faller, K. C. et Palusci, V. J. (2007). Children's Advocacy Centers: Do They Lead to Positive Case Outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 31, 1021–1029.

- Gauthier, M. (2015). *L'entente multisectorielle en protection de la jeunesse. Trajectoire judiciaire et victimologique* (mémoire de maîtrise – Université Laval, Québec [Canada]). Récupéré du site de l'Université Laval : <http://www.theses.ulaval.ca/2015/31937/31937.pdf>
- Goldstein, J. et Griffin, E. (1993). The Use of a Physician-Social Worker Team in the Evaluation of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2(2), 8-93.
- Gouvernement du Québec (2001). *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*. Récupéré du site du ministère de la famille et des aînés : https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_entente.pdf
- Gouvernement du Québec (2007). *Bilan interministériel de l'implantation de l'Entente multisectorielle*. Récupéré du site santé et services sociaux de Québec : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000965/>
- Gouvernement du Québec (2007). Note de clarification relative aux compétences matérielle et territoriale des comités d'éthique de la recherche. Récupéré du site santé et services sociaux de Québec : http://ethique.msss.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/notes_clarification/MSSS_Note1_Comp_etencesMaterielleTerritorialeCER_mai2007.pdf
- Goyette, M. (2009). Le développement de l'évaluation de programme. Dans : M. Alain et D. Dessureault (dir). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p. 6-28). Québec : Université du Québec.
- Herbert, J. L. et Bromfield, L. (2015). Evidence for the Efficacy of the Child Advocacy Center Model : a Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 17(3), 343-357.
- Hubel, G. S., Campbell, C., West, T., Friedenberg, S., Schreier, A., Flood, M. F. et Hansen, D. J. (2014). Child Advocacy Center Based Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23, 304-325.
- Jones, L. M., Cross, T. P., Walsh, W. A. et Simone, M. (2005). Criminal Investigations of Child Abuses : the Research Behind « Best Practice ». *Trauma, Violence and Abuse*, 6, 254-268.
- Jones, L. M., Cross, T. P., Walsh, W. A. et Simone, M. (2007). Do Children's Advocacy Centers Improve Families' Experiences of Child Sexual Abuse Investigations? *Abuse et Neglect*, 31, 1069-1085. doi :10.1016/j.chiabu.2007.07.003
- Jenson, J. M., Jacobson, M., Unrau, Y. et Robinson, R. L. (1996). Intervention for Victims of Child Sexual Abuse: an Evaluation of the Children's Advocacy Model. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13, 139-156.
- Khanlou, N. et Peter, E. (2005). Participatory Action Research: Considerations for Ethical Review. *Social Science and Medicine*, 60, 2333-2340.

- Kidd, A. S. et Kral, J. M. (2005). Practicing Participatory Action Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 187-195.
- Knightbridge, S.M., King, R. et Rolfe, T. J. (2006). Using Participatory Action Research in a Community-Based Initiative Addressing Complex Mental Health Needs. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40(4), 325-332.
- Kolbo, J. R et Strong, E. (1997). Multidisciplinary Team Approach to the Investigation and Resolution of Child Abuse and Neglect: a National Survey. *Child Maltreatment*, 2, 61-72.
- Massé, L. (2009). *L'évaluation des besoins: un outil pour la planification*. Dans : M. Alain et D. Dessureault (dir). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. (p. 73-100). Québec [Canada] : Université du Québec.
- Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Québec. Gaëtan Morin éditeur.
- 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 et al. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal : Gaëtan Morin, p. 159-189.
- McDonald, S., Scrim, K. et Rooney, L. (2013). Building our Capacity: Children's Advocacy Centres in Canada. *Victim of Crime Research Digest*, 2-11.
- Miller, A. et Rubin, D. (2009). The Contribution of Children's Advocacy Centers to Felony Prosecutions of Child Sexual Abuse. *Child Abuse et Neglect*, 33, 12-18.
- Ministère de la justice (2016). Initiative des centres d'appui aux enfants. Récupéré du site du ministère de la justice du Canada : <http://justice.gc.ca/fra/fina-fund/jp-cj/fond-fund/CAE-cac.html>
- National Children's Alliance (2015). January to June 2015: Outcome Measurement System (OMS) National Report. Récupéré du site du National Children Alliance : <http://www.nationalchildrensalliance.org/proven-results>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.
- Pence, D. et Wilson, C. (1994). *Team Investigation of Child Sexual abuse: the Uneasy Alliance*. Thousand Oaks : Sage
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Pires, A. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans : J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires (Dir.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin, p. 113 - 169.

- Porteous, N. L. (2009). La construction du modèle logique d'un programme. Dans : Ridde, V. et C. Dagenais (Dir). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal : Université de Montréal.
- Seymour, F. W. et Davies, E. (2002). Using Action Research to Facilitate Change in Child Protection Services. *Journal of community psychology*, 30 (5), 585-590.
- Skaff, L. F. (1988). Child Maltreatment Coordinating Committees for Effective Service Delivery. *Child Welfare*, 67, 217-230.
- Shadoin, L. A., Magnuson, M. S., Overman, L. B., Formby, P. J. et Shao. L. (2006). Cost-Benefit Analysis of Community Responses to Child Maltreatment: a Comparison of Communities with and without Child Advocacy Centers. National Children's Advocacy Center. Récupéré du site : <http://www.nationalcac.org/professionals/images/stories/pdfs/cba-finalreport.pdf>
- Walsh, W. A., Lippert, T., Cross, T. P., Maurice, D. M., et Davison, K. (2008). How Long to Prosecute Child Sexual Abuse for a Community Using a Children's Advocacy Center and Comparison Communities? *Child Maltreatment*, 13, 3-13.
- Weiss, C. H. (1972). *Evaluation Research: Methods for Assessing Program Effectiveness*. Englewood Cliffs, New Jersey, 160 pages.

Annexe 1

Tableau des participants

N°	Organisation/ Département	N	Date	Lieu	Personne-ressource	Analyse
1	DPJ/ Comité abus sexuels	7	24 avril	Mont d'Youville	Paul Langlois	Non, pas utilisé
2	DPJ/AEO Mont d'Youville	10	10 juin	Mont d'Youville	Catherine Dufour	Oui
3	DPJ/AEO 24 heures	13	12 juin	Domicile intervenante	Sophie Turcotte	Oui
4	DPJ/ AEO Charest	14	12 juin	Domicile intervenante	Nancy Delisle	Oui
5	DPJ/ AEO Val Bélair	14	10 sept. 10 h 30	1465, rue de l'Etna, Québec	Véronique Langevin	Oui
6	SPVQ	16	21 oct. 8 h	275, ave St-Sacrement	Sylvie Bonin	Oui
7	Sûreté du Québec	3	28 oct. 10 h	Pierre-Bertrand	Normand Côté	Oui
8	Procureurs	4	2 nov. 12 h 30	Palais de Justice	Nadine Dubois	Oui
9	Chercheurs	8	10 nov. 15 h	UQTR Québec	Annick St-Amand	Oui
10	CALACS (Viol Secours)	8	11 nov. 9 h	3293 1re avenue	Julie Tremblay	Oui
11	SPVL	6	17 nov. 9 h	St-Romuald	Nathalie Simard	Oui
12	SPVL	4	17 nov. 13 h	St-Romuald	Nathalie Simard	Oui
13	Comité CHPE	14	19 nov. 13 h	Centre Mère-enfant	Sylvie Béliveau	Oui
14	CISSS Chaudières Appalaches (équipe AEO)	9	24 nov. 13 h 30	Lévis	Caroline Brown	Oui
15	CAVAC	17	5 février 2016	1167 chemin Ste-Foy	Robert Caron	Oui
16	Table régionale exploitation sexuelle	8	2 février	Mont d'Youville	Nancy Delisle	Non, pas utilisé ¹

Total **155**

¹ Ce groupe de discussion n'a pas été inclus dans les analyses qualitatives puisqu'une erreur s'est produite dans l'enregistrement audio.

Annexe 2

Guide d'entretien

OBJECTIF DU GROUPE DE DISCUSSION

Prendre le pouls des participants sur le traitement actuel des situations d'abus sexuels, d'abus physiques ou d'absence de soins menaçant la santé physique des enfants et des adolescents (*Entente multisectorielle*).

EN INTRODUCTION

- Expliquer qu'il s'agit d'une discussion libre.
- Préciser que les propos exprimés demeureront anonymes.
- Préciser que l'identité des participants restera confidentielle.
- Faire signer le formulaire de consentement.

VOLET 1 — FORCES ET LACUNES

- Comment percevez-vous votre rôle et celui de vos collaborateurs au sein de l'application de l'*Entente multisectorielle* ?
- Qu'en est-il du dévoilement (ouverture des situations) ?
- Qu'en est-il du témoignage des jeunes ?
- Qu'en est-il des délais dans le traitement des situations ?
- Qu'en est-il du suivi après le processus judiciaire ?
- Quelle importance est accordée au judiciaire, au psychosocial, au médical, etc. ?
- Qu'en est-il de la concertation avec vos partenaires ?
- Observez-vous des vides de services dans le traitement de ces situations ?

VOLET 2 — ÉLÉMENTS DE SOLUTION (éviter d'être suggestif)

- Quels besoins sont à combler ?
- Quelles stratégies permettraient de combler les lacunes identifiées ?

VOLET 3 — MISE SUR PIED D'UN CENTRE D'APPUI À QUÉBEC

- Qu'est-ce qui favoriserait la mise sur pied d'un centre d'appui à Québec ?
- Quels partenaires devraient être impliqués ?
- Qui devrait assumer un leadership ?
- Quels services devrait offrir un éventuel centre d'appui ?
- Comment envisageriez-vous le financement d'une telle structure ?

Annexe 3

Feuille explicatif

Projet CSIAM

Un *centre d'appui aux enfants* se définit comme : « un service coordonné destiné à répondre aux besoins des jeunes victimes ou témoins d'actes criminels dans le système de justice pénale. Les CAE ont pour objectif de minimiser les traumatismes associés au système de justice en fournissant aux enfants et aux adolescents victimes ou témoins et à leur famille un cadre d'intervention unique adapté à leurs besoins. » (Ministère de la Justice Canada, 2014).

Plus précisément, les critères des centres d'appui aux enfants sont :

- Une équipe **multidisciplinaire** (EMD) la plus complète possible avec des services plus ou moins intégrés selon des protocoles d'entente formels.
- Un milieu **adapté aux enfants** qui se veut neutre, sécurisant et confortable.
- Des **entrevues** judiciaires par des professionnels formés selon des protocoles basés sur les meilleures pratiques.
- Des services d'évaluation et de traitements **médicaux** spécialisés en pédiatrie et maltraitance.
- Des services **d'aide aux victimes** et défense de leurs droits assurant une réponse unique, continue, cohérente, coordonnée et adaptée aux besoins spécifiques.
- Des services spécialisés d'évaluation et de traitement en **santé mentale** axés sur le traumatisme.
- Une capacité d'adaptation aux **diversités culturelles** tenant compte des particularités et impacts culturels lors de l'évaluation et du suivi des dossiers.
- L'**évaluation** des cas s'articule en équipe multidisciplinaire en mettant à profit l'expertise des membres. Les dossiers sont ainsi triés et orientés vers le bon service au bon moment.
- Un **suivi** des cas assurant une communication efficace, un partage d'information et un codéveloppement du personnel.
- Une capacité **organisationnelle** permettant l'opérationnalisation des principes d'action et l'autonomie de gestion.

Annexe 4

Formulaire de consentement



Formulaire de consentement

Participant(e)s aux groupes de discussion

PROJET CSIAM

Création d'un centre d'appui aux enfants

CHERCHEUR RESPONSABLE

Marc Alain, Ph.D., professeur au département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

CHERCHEURE ASSOCIÉE

Danielle Nadeau, Ph.D., chercheure d'établissement, CIUSSS de la Capitale-Nationale : site Centre jeunesse de Québec

PARTENAIRES

Hélène Groleau, chargée de projet, CIUSSS de la Capitale-Nationale : site Centre jeunesse de Québec

Paul Langlois, APPR à la Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale : site Centre jeunesse de Québec

Geneviève Lamonde, APPR à la Direction scientifique, CIUSSS de la Capitale-Nationale : site Centre jeunesse de Québec

DESCRIPTION DU PROJET

Présentation du projet et de ses objectifs

Depuis 2001, l'*Entente multisectorielle* au Québec est appliquée pour les enfants et adolescents victimes de situations d'abus physiques, sexuels ou d'absence de soins menaçant la santé physique. Cet effort de collaboration multidisciplinaire « vise à assurer une réponse adéquate, continue et coordonnée aux besoins d'aide et de protection de l'enfant » (*Entente multisectorielle*, 2001). Malgré les efforts des partenaires, plusieurs enjeux sont constatés par les dirigeants et praticiens.

Conséquemment, plusieurs partenaires se sont concertés pour créer un Centre d'appui aux enfants à Québec. Un Centre d'appui aux enfants est un service coordonné destiné à répondre aux besoins des jeunes victimes ou témoins d'actes criminels dans le système de justice pénale. Il a pour objectif de minimiser les traumatismes associés au système de justice en fournissant aux enfants et aux adolescents victimes ou témoins et à leur famille un cadre d'intervention unique adapté à leurs besoins.

Les partenaires qui se sont montrés prêts à s'engager dans la démarche et à offrir leur appui sont : Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux- site Centre jeunesse de Québec, Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, le Centre hospitalier universitaire de Québec, le Service de police de la ville de Québec, le Service de police de la ville de Lévis, la Sûreté du Québec, l'Université du Québec à Trois-Rivières, Le Directeur des poursuites criminelles et pénales, le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de Québec et le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Québec.

Préalablement à la mise sur pied d'un Centre d'appui aux enfants, une étude des besoins et de la faisabilité doit être réalisée, nécessitant la participation de plusieurs acteurs.

Participation au projet et mesures de confidentialité

La participation à ce projet consiste à répondre à diverses questions portant sur les éléments qui selon vous peuvent faciliter ou nuire à l'implantation d'un centre d'appui aux enfants dans la région de Québec.

Ces questions vous seront posées dans le cadre d'un de discussion dont la durée est d'environ 60 minutes. Notez que cette entrevue fera l'objet d'un enregistrement audio, et ce dans le but d'en faciliter l'analyse. Le contenu demeurera confidentiel et ne sera connu que par les responsables du projet (chercheurs et assistante de recherche). Toutes les informations recueillies au cours du projet seront traitées dans la plus grande confidentialité et votre nom n'apparaîtra dans aucun document. Le matériel d'entrevue sera conservé dans un classeur barré, dans le bureau du chercheur responsable. Au terme de l'analyse et de sa diffusion, les enregistrements, transcriptions d'entrevue et questionnaires ayant servi à l'analyse seront détruits.

Diffusion des résultats

Les résultats de ce projet seront présentés et détaillés dans un bref rapport, toujours en préservant la confidentialité des données. Si vous souhaitez être informé des résultats, ce rapport peut vous être transmis par courriel à la fin du projet.

CONSENTEMENT

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer du projet, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

- Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation et compris le but, la nature, les avantages et les inconvénients de ce projet. Après réflexion, je consens librement à prendre part à ce projet. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.
- Je consens à ce que les données recueillies dans le cadre de ce projet soient utilisées pour des projets de recherche subséquents de même nature, conditionnellement à leur approbation par un comité d'éthique de la recherche et dans le respect des mêmes principes de confidentialité et de protection des informations.

_____ Nom de l'intervenant	_____ Signature de l'intervenant	_____ Date
_____ Nom du témoin	_____ Signature du témoin	_____ Date

Personne-ressource

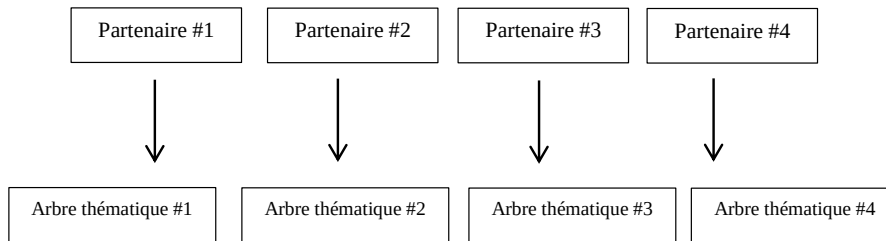
Pour tout autre renseignement concernant ce projet, vous pouvez joindre le chercheur principal : Marc Alain 418-659-2170, poste 2827/ marc.alain@uqtr.ca

Annexe 5

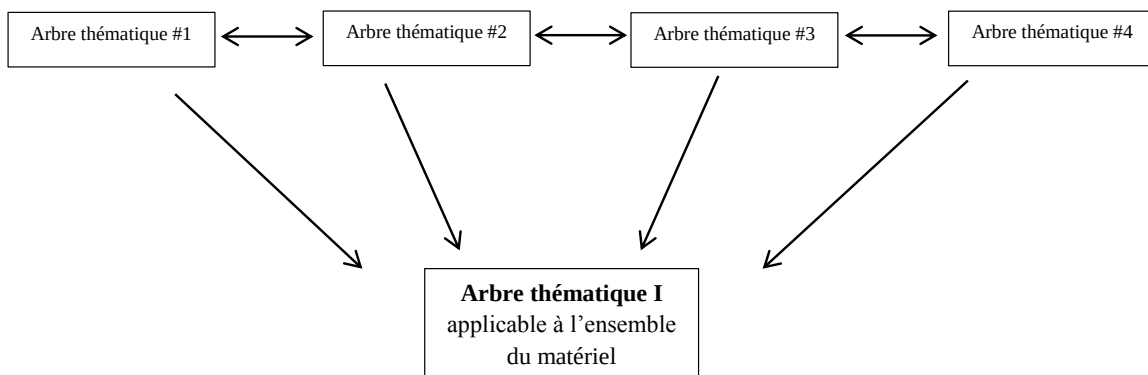
Schéma de la démarche d'analyse thématique

Étape #1 : Lecture flottante du matériel;

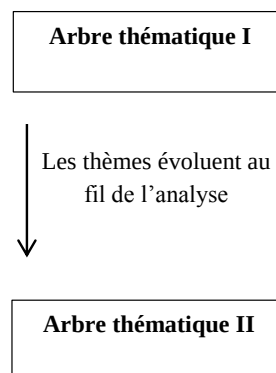
Étape #2 : Une analyse thématique est effectuée pour chacun des partenaires;



Étape #3 : Création d'un arbre thématique applicable à l'ensemble du matériel en comparant les arbres thématique de chaque partenaire.



Étape #4 : Utilisation de l'arbre thématique I comme modèle semi-ouvert pour analyser une deuxième fois l'ensemble du matériel



La première étape de la thématisation consiste à procéder à plusieurs lectures successives flottantes du matériel transcrit (Mayer & Ouellet, 1991 ; Paillé & Mucchielli, 2003). Cette étape permet de s'approprier le contenu à un premier niveau et de se donner une vue d'ensemble de l'analyse à effectuer.

La deuxième étape est de thématiser le contenu page par page, d'une manière linéaire. Au fil de l'avancement du travail, des thèmes sont fusionnés, regroupés, subdivisés ou hiérarchisés. Dans le cas présent, une première analyse thématique est effectuée pour chacun des partenaires. Un petit arbre thématique exploratoire est créé pour chacun des entretiens réalisés. Cette étape permet, entre autres, d'identifier les convergences et les divergences existantes entre les partenaires.

Par la suite, en comparant les arbres thématiques de chaque partenaire, il est possible de regrouper des thèmes pour créer un arbre thématique permettant de coter l'ensemble du matériel, sans distinction entre les partenaires. Les thèmes ainsi dégagés continuent à se modifier, se fusionner, se subdiviser et se regrouper jusqu'à la fin de l'analyse pour créer un arbre thématique final.

Annexe 6

La vision complémentaire de chercheurs du domaine

Le groupe de discussion réalisé auprès de huit chercheurs en sciences sociales (service social, psychologie, psychoéducation et criminologie) diffère des autres groupes de discussion sur deux aspects précis : les chercheurs ne font pas partie des acteurs qui appliquent l'*Entente multisectorielle* sur le terrain et le guide d'entretien n'a pas été utilisé dans sa forme originale auprès des chercheurs. Lors du groupe de discussion, le modèle des *child advocacy centers* a tout d'abord été présenté. Par la suite, deux questions ont été adressées aux chercheurs : 1) Quels sont vos réactions et vos commentaires en lien avec un tel modèle ? et 2) Comment pourrait-on orchestrer un volet recherche dans un tel centre ? Le contenu des propos recueillis offre un éclairage complémentaire à l'analyse des besoins concernant la place de la recherche au sein du CSIAM.

Une analyse thématique exploratoire du contenu, effectuée en parallèle de l'analyse thématique principale, a permis de faire ressortir sept thèmes principaux : la recherche au sein du CSIAM, l'offre de service versus la recherche, le modèle de services, le modèle de gestion-organisation de services, le modèle de Marie-Vincent, la gouvernance et le financement.

1. La recherche au sein du CSIAM

Les participants se sont questionnés sur la façon dont la recherche pourrait bénéficier de la création d'un centre comme le CSIAM. Entre autres, ils ont souligné l'intérêt des données générées par un tel centre pour approfondir les connaissances sur la clientèle et les problématiques. De plus, l'évaluation de l'implantation du CSIAM et de ses effets représente un second volet de recherche à développer.

Une réflexion sur la place accordée à la recherche dans le modèle des CAC a aussi eu lieu. D'ailleurs, les participants ont souligné le fait que la présence d'activités de recherche ne fait pas partie des 10 critères des CAC. En lien avec l'importance d'accorder une place à la recherche au sein du CSIAM, les participants mentionnent qu'il faudra nécessairement réfléchir à la question de la confidentialité. Enfin, les participants semblent s'entendre sur la valeur ajoutée, pour un centre comme le CSIAM, d'intégrer un volet de recherche statutaire. La présence d'une chaire de recherche associées au CSIAM ou encore l'implication étroite d'un groupe de chercheurs pourrait être à la base de ce volet. Autrement dit, les participants soulignent l'importance de la recherche en continu. L'idée d'un financement de recherche stable, récurrent et intégré à même le budget du CSIAM est ressortie comme étant une formule gagnante pour assurer la continuité de la recherche au CSIAM.

2. L'offre de services versus la recherche / le centre d'expertise

Les participants ont soulevé la distinction à faire entre l'offre de services du CSIAM et le centre d'expertise (la recherche) lié au CSIAM. Ils perçoivent que ces deux aspects du centre sont

distincts, mais complémentaires. En effet, pour les participants, il semble que l'offre de services aura une visée large en tentant de répondre à une variété de besoins, alors que le centre d'expertise devra développer une expertise plus pointue.

3. Le modèle de services

Les participants se sont exprimés sur différents aspects de l'offre de services du CSIAM. D'abord, certains ont rappelé que la notion « d'*advocacy* », au cœur du modèle des CAC, devrait teinter l'élaboration du modèle d'offre de services du CSIAM.

L'importance du rôle de l'agent de liaison (*child advocate*), personne neutre qui défend les intérêts des enfants, a aussi été soulevée. Les participants proposent de miser sur le sentiment d'appartenance des professionnels afin de minimiser le roulement de personnel.

Le modèle des CAC, qui propose que les enfants soient au cœur du processus, dans un milieu sécurisant et conçu pour eux, est perçu comme étant pertinent par les participants. Certains mentionnent que cette préoccupation de l'enfant devrait guider l'élaboration du modèle de services. Enfin, des participants proposent que le CSIAM soit un lieu où les enfants puissent faire entendre leur voix au plan des services qu'ils reçoivent.

« Oui, c'est ça, est-ce qu'il y a de la place pour l'enfant pour exprimer son point de vue sur les services, est-ce qu'il est là dans la qualité, donc l'enfant au cœur là, ça vient dans le service, mais avec une vraie place qui n'est pas prise que par l'adulte. (...) Donc moi, je venais pour ça, en me demandant « est-ce qu'il y a de la place pour faire quelque chose comme ça ? Un centre où effectivement l'enfant a un droit de parole sur ce qu'il reçoit... ».

Ref. 5 — V8 — Modèle de services.

4. Modèle de gestion-organisation de services

Les participants semblent s'entendre sur le fait que la mise sur pied du CSIAM ne nécessite pas le développement d'une nouvelle structure organisationnelle, mais plutôt une gestion et une opérationnalisation différentes des structures déjà mises en place par l'*Entente multisectorielle*. Les participants proposent tout de même des éléments à intégrer dans le modèle de gestion du CSIAM, qui ne sont pas suffisamment présents dans la trajectoire actuelle. Par exemple, le caractère multidisciplinaire du travail de partenariat et de meilleurs mécanismes de communication.

« (...) c'est d'appliquer l'Entente multi différemment là, autrement dit (...) on prend l'entente multi telle qu'elle existe maintenant, mais on l'applique dans un modèle de gestion qui est différent (...) ».

Ref. 4 — V8 — Modèle de services.

« (...) Ça fait que, (...) à mon sens, ce n'est pas des nouvelles structures, c'est de mieux opérationnaliser les structures. Ça veut pas dire qu'il n'y aura pas des ajustements à apporter là, on a des affaires à modifier, mais c'est pas des nouvelles structures, c'est

pas des nouvelles affaires. Peut-être, des petites affaires à changer, mais j'ai l'impression qu'on est dans la bonne direction déjà là ».

Ref. 10— V8— Modèle de services.

Les participants constatent aussi qu'une réflexion sur le niveau d'intégration possible et désiré des acteurs de l'*Entente multisectorielle* dans le CSIAM sera nécessaire. En effet, la possibilité d'intégrer tous les acteurs dans un même lieu semble peu réaliste et pas toujours nécessaire pour certains participants. D'autres participants mettent de l'avant l'importance de la présence et de l'intégration de tous les acteurs. Enfin, pour les chercheurs, il semble clair que la création du CSIAM favorisera le développement d'une expertise organisationnelle :- comment organiser de façon plus efficiente la façon dont les acteurs de l'*Entente multisectorielle* travaillent. Pour les chercheurs, ce modèle de gestion devrait nécessairement s'articuler autour de l'enfant.

« Ce n'est pas une expertise sur le plan de la problématique. C'est une expertise sur le plan de la façon dont on travaille. Autrement dit, tu dis, j'organise le service de façon très spécifique et mon expertise (...) elle va essentiellement se centrer à comprendre comment on peut mieux faire les choses, le mieux possible, autour de l'enfant (...) ».

Ref. 5 — V8 — Modèle de services.

5. Le modèle de Marie-Vincent

Dans leurs tentatives de définir le CSIAM et la place accordée à la recherche au sein de celui-ci, les participants réfèrent souvent à un modèle qu'ils connaissent bien, soit celui de Marie-Vincent. En référant à ce modèle québécois fonctionnel, les participants semblent concevoir plus facilement ce à quoi le CSIAM pourrait ressembler.

Toutefois, le CSIAM n'aurait pas avantage à répliquer l'expertise pointue (abus sexuels) et le mandat spécifique (0-12 ans) de Marie-Vincent. En effet, le Centre d'expertise Marie-Vincent rayonne déjà dans l'ensemble du Québec et les participants croient qu'il est important que le CSIAM développe sa propre couleur. Il ressort aussi des propos tenus que le modèle de financement autonome de Marie-Vincent n'est peut-être pas celui à privilégier pour assurer pérennité du financement du CSIAM.

Les participants soulignent cependant certains éléments du Centre Marie-Vincent qu'il serait intéressant de répliquer dans le modèle du CSIAM. Entre autres, le fait que Marie-Vincent soit un centre porteur de recherche (de par ses associations avec des chaires de recherche) est perçu comme une valeur ajoutée importante dont pourrait s'inspirer le CSIAM.

6. Gouvernance

Plusieurs participants s'entendent sur le fait qu'une alliance entre les différentes parties prenantes serait le meilleur modèle de gouvernance du CSIAM. Selon certains, ce type de gouvernance permettrait aux partenaires de se rassembler et de se centrer davantage sur l'enfant que sur les enjeux de gouvernance. Par ailleurs, bien que les modèles de CAC canadiens soient parfois gouvernés par des organismes communautaires, il semble difficile pour les

participants d'imaginer une telle gouvernance au CISAM. Les participants précisent que cette perception n'est pas en lien avec la capacité des organismes communautaires, mais plutôt en lien avec les ressources de ces derniers et leurs caractéristiques spécifiques à la culture québécoise (ex. : financement précaire, approche d'autonomie, etc.).

Certains participants mentionnent que c'est un organisme public (l'État) qui devrait jouer ce rôle ou, à tout le moins, qui devrait assumer le leadership de la gouvernance du centre. En même temps, d'autres participants soulignent l'importance que le leadership soit partagé avec l'ensemble des partenaires afin de permettre l'intégration et l'implication réelle des différents acteurs.

« Mais, que, t'sais le leadership, quelque part, la responsabilité revienne à l'État. Ça je pense que c'est un principe qui est important. (...) Parce quand on pense à défense de droit, (...) de quelqu'un qui est imputable un moment donné de ce qui arrive aux enfants, pis qui est responsable (...) ».

Ref. 5 — V8 — Modèle de services.

« Pis en même temps, ça va impliquer que le CIUSSS va être capable aussi (...) de partager quand même le leadership avec les autres (...) ».

Ref. 6 — V8 — Modèle de services.

7- Financement

Les chercheurs soulignent l'importance du financement récurrent de la recherche à même le budget du CSIAM. Par ailleurs, il est perçu que le développement du centre ne devrait pas engendrer de coûts supplémentaires. En effet, les participants soulèvent que l'ensemble des services offerts aux enfants et leur famille sont déjà en place dans la trajectoire actuelle. Une réorganisation des services ne devrait pas engendrer des coûts faramineux.

Toutefois, certains participants mentionnent l'importance de prévoir un budget pour l'offre de services psychosociaux, entre autres pour des psychothérapies (les services de psychothérapie sont actuellement insuffisants dans la trajectoire et sont coûteux). Les participants se questionnent également sur l'implication financière possible de l'IVAC dans cette offre de services.

Annexe 7

Localisation des Centres d'appui aux enfants au Canada

Children's Advocacy Centres in Canada

A snapshot of the locations and current stages of development of specialized services for child and youth victims of crime

