

Dépistage des difficultés et retards liés
au développement des enfants et des
jeunes (0-18 ans) recevant des
services en vertu de la Loi sur la
protection de la jeunesse (LPJ)

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention – services
sociaux et santé mentale



Dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes (0-18 ans) recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

Rédaction

Isabelle Boisvert
Brigitte Moreault
Joëlle Brassard
Ana Gherghel

Collaboration

Isabelle Linteau

Coordination scientifique

Micheline Lapalme

Direction

Marie-Claude Sirois
Lyne Jobin



Le présent produit de connaissance a été présenté au Comité d'excellence clinique en services sociaux (Jeunes – Santé mentale – Dépendance – Itinérance) de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à différentes étapes de sa production.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Isabelle Boisvert, Ph. D.
Brigitte Moreault, M. Sc.
Joëlle Brassard, M. Sc.
Ana Gerghel, Ph. D. (jusqu'au 22 novembre 2019)

Collaboratrice interne

Isabelle Linteau, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Directrice adjointe

Marie-Claude Sirois, M. Sc. ps. éd., M. Sc. adm.

Directrice

Sylvie Desmarais, M. Sc. (jusqu'en novembre 2019)

Directrice intérimaire

Lyne Jobin, M. Sc.

Repérage d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Gestion de l'information

Mike Benigeri, Ph. D.
José Perez, M. Sc.

Soutien administratif

Julie Dionne
Line Boisvert

Équipe de l'édition

Denis Santerre
Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la direction de
Pascale Breton

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique
Traduction à la page, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
Bibliothèque et Archives Canada, 2020
ISBN : 978-2-550-87290-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2020

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes (0-18 ans) recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Avis rédigé par Isabelle Boisvert et Brigitte Moreault. Québec, Qc : INESSS; 2020. 74 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité de travail

Pour ce rapport, les membres du comité de travail sont :

M^{me} Delphine Collin-Vezina, professeure associée, École de travail social, directrice, Centre de recherche sur l'Enfance et la Famille, Université McGill

D^{re} Dominique Cousineau, pédiatre du développement, professeure agrégée, chef de section, co-gestionnaire médical CIRENE, CHU Sainte-Justine

M^{me} Josée Dansereau, agente de planification, de programmation et de recherche et agente de liaison pour le comité des usagers du CPEJ du CIUSSS de Lanaudière

M^{me} Suzanne Dessureault, directrice adjointe de la protection de la jeunesse, directrice adjointe provinciale, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Claire Godin, directrice du programme jeunesse, CISSS des Laurentides

M^{me} France Laflamme, conseillère à la qualité de la pratique, Direction, Développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

M^{me} Sylvie Leblond, directrice du programme jeunesse, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Sue-Ann MacDonald, professeure agrégée, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS), Université de Montréal

M^{me} Josée Morneau, directrice de la protection de la jeunesse, CISSS de la Montérégie-Centre (novembre 2019 à mars 2020)

M^{me} Marie-Pier Paul, conseillère en services à l'enfance et à la famille, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

M. Claude Paquette, coordonnateur à l'encadrement et au soutien de la pratique, secrétaire du Comité d'inspection professionnelle, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

D^{re} Sonia Péloquin, L'Étoile, pédiatrie sociale en communauté du Haut-Richelieu, CISSS Montérégie-Centre

M^{me} Marie-Claude Roberge, conseillère scientifique en promotion de la santé mentale, Institut national de santé publique du Québec

M^{me} Marie-Lyne Roc, responsable affaires professionnelles, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

M. George Tarabulsy, directeur scientifique, Centre de recherche universitaire sur les jeunes et familles - CRUJeF, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Marjolaine Tremblay, conseillère au programme jeunesse, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Alain Trudel, directeur de la protection de la jeunesse, CIUSSS de l'Estrie (juin 2018 à avril 2019)

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M^{me} Karine Dubois-Comtois, professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, directrice du Groupe de recherche sur l'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés (GRIN)

M^{me} Michelyne Gagné, directrice de la protection de la jeunesse / directrice provinciale au CISSS de l'Outaouais (2008 à 2019)

Comité d'excellence clinique en services sociaux (Jeunes – Santé mentale – Dépendance – Itinérance)

Présidence

M^{me} Lesley Hill, directrice programme jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Membres

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, chef du Département de psychiatrie CHU Sainte-Justine

M^{me} Julie Brassard, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

M. Serge Brochu, directeur scientifique, Institut universitaire sur les dépendances

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Johanne Dion, psychologue, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Marianne Dion-Labrie, éthicienne, CISSS de la Montérégie-Est

M. Simon Legault, conseiller en révision de processus, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

M. Jean-Marc Ménard, directeur clinique (RISQ), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheuse, CIUSSS de la Capitale-Nationale, professeure associée, École de service social et l'École de psychologie, et chercheure régulière au JEFAR (Centre de recherche sur les jeunes et les familles à risque)

M. Michel Perreault, chercheur, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, professeur agrégé, Université McGill

M. Martin Robert, chef de programme (retraité), CIUSSS de l'Estrie, CHUS

Membres citoyens

M^{me} Marie-Elyse Lafaille-Magnan

M. Alexis Rheault-Campeau

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes, qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés.

- Les représentants de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ) et de l'Ordre des travailleurs sociaux et des

thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), pour leur rétroaction sur les éléments de contenu liés aux activités réservées;

- les jeunes et les parents, ainsi que les intervenants et les gestionnaires provenant de la Direction du programme jeunesse ou de la Direction de la protection de la jeunesse rencontrés au cours du présent projet;
- les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès d'enfants et de jeunes dans les communautés algonquines du Lac-Simon et de Pikogan, les communautés atikamekw de Manawan et de Wemotaci, les communautés innues de Mashteuiatsh et de Uashat mak Mani-utenam et les communautés mohawk de Kanesatake et Kahnawake rencontrés au cours du présent projet.

Déclaration d'intérêts

Les **membres de l'équipe projet** suivants ont déclaré des conflits d'intérêt.

En tant que directrice à la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS, Sylvie Desmarais a assuré, de février 2018 à décembre 2019, le suivi du projet Avis sur le dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes (0-18 ans) recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Elle est également présidente du conseil d'administration d'Humanov-is, anciennement le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), dont la Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED) a fait l'objet d'une évaluation dans le cadre du présent avis. La grille GED est vendue sous la forme d'une trousse depuis 2006 par l'organisme qui offre également une formation.

En tant que directrice adjointe à la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS, Marie-Claude Sirois a supervisé, de février 2018 à mars 2020, les travaux du projet Avis sur le dépistage des difficultés et retards liés au développement chez les enfants et des jeunes (0-18 ans) suivis en vertu de la LPJ. Elle a aussi été, jusqu'au 31 mars 2019, la supérieure hiérarchique immédiate de la coordonnatrice nationale du projet SOCEN (« S'occuper des enfants ») dont certains outils relatifs à cette approche ont fait l'objet d'une évaluation dans le cadre du présent avis.

Les rôles exercés par mesdames Desmarais et Sirois dans ce projet ne diffèrent pas du rôle de gestion que leur confère leur fonction respective à l'INESSS. Elles n'ont pas été impliquées dans l'évaluation des preuves qui sous-tendent la recommandation. La force de ces preuves est basée sur des critères spécifiques, comme décrit dans la section Méthodologie.

La **membre du comité de travail** suivante a déclaré avoir un conflit d'intérêt :

D^{re} Dominique Cousineau est responsable médical d'un centre d'évaluation du développement des enfants de 0-18 ans dans un cadre spécialisé multidisciplinaire universitaire (CHU Ste-Justine). Elle est co-auteur d'un outil de suivi global et collaboratif de la santé et du développement des enfants de 0-5 ans (ABCdaire). Elle ne reçoit aucune rétribution financière liée à cet outil.

La **lectrice externe** suivante a déclaré avoir un conflit d'intérêt :

M^{me} Michelyne Gagné assume des responsabilités à titre contractuel pour le ministère de la santé et des services sociaux dans le cadre de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

Aucun conflit d'intérêts déclaré par les membres de l'équipe projet, les membres du comité de travail et la lectrice externe n'a nécessité la mise en place de modalités de gestion.

Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site Web.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	IX
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	XVII
GLOSSAIRE	XVIII
MISE EN CONTEXTE.....	1
1. OBJECTIF ET QUESTIONS D'INTÉRÊT	4
1.1. Précisions sur le développement de l'enfant et la notion de dépistage	4
1.2. Dépistage des difficultés et retards liés au développement dans le cadre de la protection de la jeunesse	7
2. MÉTHODES DE COLLECTE ET DE SYNTHÈSE DES DONNÉES.....	11
2.1. Recension systématique de la littérature scientifique et grise	12
2.1.1. Repérage de la documentation pertinente	12
2.1.2. Sélection de la documentation pertinente	12
2.1.3. Évaluation de la qualité méthodologique des études et publications retenues.....	14
2.1.4. Extraction des données	14
2.1.5. Analyse, synthèse des données et appréciation de la preuve en appui aux recommandations	14
2.2. Consultations auprès des parties prenantes.....	15
2.2.1. Analyse des données issues des consultations	16
2.2.2. Limites des consultations	16
2.3. Rencontres d'échange et de délibération auprès du comité de travail	17
2.4. Formulation des recommandations.....	17
2.5. Validation et autres contributions d'expertises.....	18
3. SYNTHÈSE DES DONNÉES ET RECOMMANDATIONS.....	19
3.1. Milieux où peuvent s'effectuer le dépistage	20
3.1.1. Données issues de la littérature	20
3.1.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes	20
3.1.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	21
3.1.4. Recommandation.....	22
3.2. Utilisation d'un outil de dépistage pour identifier les difficultés et retards liés au développement.....	22
3.2.1. Données issues de la littérature	23
3.2.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes	25
3.2.1. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	28
3.2.2. Recommandation.....	28
3.3. Sphères de développement qui doivent faire l'objet d'un dépistage.....	29
3.3.1. Données issues de la littérature	29
3.3.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes	29

3.3.3.	Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	30
3.3.4.	Recommandation.....	31
3.4.	Outils de dépistage à privilégier	31
3.4.1.	Données issues de la littérature	31
3.4.2.	Données issues des consultations auprès des parties prenantes	33
3.4.3.	Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	33
3.4.4.	Recommandation.....	34
3.5.	Outils de dépistage à privilégier auprès des enfants et jeunes autochtones.....	36
3.5.1.	Données issues de la littérature	36
3.5.2.	Données issues des consultations auprès des parties prenantes	38
3.5.3.	Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	40
3.5.4.	Recommandation.....	41
3.6.	Étape du processus d'intervention en protection de la jeunesse durant laquelle devrait avoir lieu le dépistage.....	41
3.6.1.	Données issues de la littérature	42
3.6.2.	Données issues des consultations auprès des parties prenantes	43
3.6.3.	Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	43
3.6.4.	Recommandation.....	44
3.7.	Fréquence du dépistage des difficultés et retards liés au développement	45
3.7.1.	Données issues de la littérature	45
3.7.2.	Données issues des consultations auprès des parties prenantes	46
3.7.3.	Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	46
3.7.4.	Recommandation.....	47
3.8.	Répondants aux outils de dépistage	47
3.8.1.	Données issues de la littérature	48
3.8.2.	Données issues des consultations auprès des parties prenantes	50
3.8.3.	Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	51
3.8.4.	Recommandation.....	51
3.9.	Modalités d'administration des outils de dépistage.....	51
3.9.1.	Données issues de la littérature	52
3.9.2.	Données issues des consultations auprès des parties prenantes	52
3.9.3.	Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	53
3.9.4.	Recommandation.....	53
3.10.	Conditions favorables au dépistage	53
3.10.1.	Données issues de la littérature	53
3.10.2.	Données issues des consultations auprès des parties prenantes	54
3.10.3.	Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail.....	56
3.10.4.	Recommandation.....	57

4. ASPECTS ORGANISATIONNELS FACILITANT LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS	61
4.1. Formation des intervenants œuvrant en protection de la jeunesse	61
4.2. Collaboration et coordination des services entre les partenaires	62
4.3. Communication des informations cliniques	64
CONCLUSION	65
RÉFÉRENCES	68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études et publications recensées	13
Tableau 2 Tableau synthèse des recommandations	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Cadre d'analyse	6
Figure 2 Illustration du nombre d'enfants ou jeunes concernés aux principales étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse (données issues du Vérificateur général du Québec [2020])	10

RÉSUMÉ

De nombreuses études québécoises et internationales soulignent le fait que les enfants et les jeunes qui reçoivent des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) sont susceptibles de présenter des difficultés et des retards importants en lien avec leur développement, autant dans la sphère physique, socioémotionnelle que cognitive. Ceux-ci peuvent mener à des défis d'adaptation variés pouvant nuire à leur épanouissement personnel, scolaire et social tout au long de leur parcours jusqu'à l'âge adulte et au-delà.

Pour soutenir le développement de ces enfants et jeunes et avoir un impact positif sur leur trajectoire de vie, il importe d'être en mesure de dépister de façon précoce les difficultés et retards liés au développement lorsqu'ils se manifestent. De nombreuses politiques gouvernementales et initiatives visant à soutenir le développement des enfants ont été mises en place par les décideurs et intervenants du secteur de la santé et des services sociaux, de la petite enfance et de l'éducation du Québec au cours des dernières années. Parmi celles-ci, le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 *Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance* [Gouvernement du Québec, 2014] propose une série d'actions, dont celles visant à favoriser le développement et le bien-être des jeunes confiés aux services de protection de la jeunesse et à assurer une transition fluide de ces jeunes vers les services pour les adultes. Parmi les moyens prévus pour atteindre cet objectif, le MSSS a énoncé la mesure « Évaluation du développement de tous les enfants et les jeunes suivis en centre jeunesse à partir d'un outil clinique recommandé par le MSSS et en assurer le suivi » (mesure 2.1, p. 12).

C'est afin de répondre de façon spécifique à cette mesure que le MSSS a demandé à la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS de procéder à des travaux visant à recommander les meilleures pratiques associées au dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants dans le cadre de la protection de la jeunesse et d'identifier des outils de dépistage à utiliser en fonction de l'âge de l'enfant.

Objectif et méthodes de collecte des données

Cet avis avait pour objectif de proposer les meilleures pratiques en matière de dépistage des difficultés et retards liés au développement chez les enfants et jeunes recevant des services en vertu de la LPJ. Les recommandations émises dans le cadre de cet avis découlent du croisement entre les données scientifiques, expérientielles et contextuelles recueillies par le biais :

1. d'une recension systématique de la littérature scientifique et grise;
2. de consultations réalisées auprès de : a) jeunes qui ont reçu des services en protection de la jeunesse, b) parents d'enfants ayant reçu des services en protection de la jeunesse, c) intervenants et gestionnaires provenant de la Direction

de la protection de la jeunesse et de la Direction du programme jeunesse, et, d) intervenants et gestionnaires œuvrant au sein de communautés des Premières Nations au Québec;

3. de rencontres d'échange et de délibération auprès des membres du comité de travail.

Recommandations

À la lumière de l'ensemble des informations recueillies, dix recommandations ont été formulées afin d'orienter les intervenants de la protection de la jeunesse vers les meilleures pratiques en matière de dépistage des difficultés et retards liés au développement auprès des enfants et jeunes qu'ils accompagnent. Ces recommandations (R1 à R10), regroupées par questions d'intérêt, sont présentées ci-contre.

RECOMMANDATION 1

Étant donné que l'enfant ou le jeune recevant des services en protection de la jeunesse est susceptible d'avoir fait l'objet d'un dépistage des difficultés et retards liés à son développement ou d'une évaluation liée au développement dans d'autres milieux (ex. : service de garde, établissement scolaire, groupe de médecine familiale, services de première ligne mission CLSC), l'intervenant en protection de la jeunesse doit s'assurer que le dépistage des difficultés et retards liés au développement de chaque enfant et jeune qui reçoit des services en vertu de la LPJ est réalisé.

- 1) L'intervenant en protection de la jeunesse doit d'abord vérifier si un dépistage ou une évaluation liée au développement a déjà été réalisé auprès de l'enfant ou du jeune par un intervenant/partenaire.
- 2) Si un dépistage ou une évaluation liée au développement a déjà été réalisé, l'intervenant doit prendre en compte les résultats s'ils ont été obtenus dans la dernière année.
- 3) Si un dépistage ou une évaluation liée au développement n'a pas déjà été réalisé, l'intervenant doit procéder au dépistage ou s'assurer qu'un autre intervenant ou partenaire effectue ce dépistage.

RECOMMANDATION 2

Le dépistage réalisé à l'aide d'un outil conçu à cette fin permet d'identifier un plus grand nombre d'enfants et de jeunes avec des difficultés et retards liés au développement, comparativement à une identification basée uniquement sur la perception de l'intervenant. De plus, les avantages à utiliser un tel outil sont nombreux et plus importants que les inconvénients.

Par conséquent, un outil de dépistage conçu à cette fin doit être utilisé pour dépister et faire le suivi des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ.

RECOMMANDATION 3

Au-delà des besoins de protection, le développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ devrait faire l'objet d'une attention constante.

En ce qui concerne plus spécifiquement le dépistage des difficultés et retards liés au développement, et en conformité avec les lignes directrices recensées, il devrait porter sur :

- le développement socioémotionnel, langagier, moteur et cognitif, pour les enfants âgés de 0-5 ans ;
- le développement socioémotionnel, l'état de santé mentale et le fonctionnement psychosocial, pour les enfants âgés de 6-12 ans;
- le développement socioémotionnel, l'état de santé mentale, le fonctionnement psychosocial et l'utilisation de substances psychoactives, pour les jeunes âgés de 13-18 ans.

RECOMMANDATION 4

Les outils de dépistage à utiliser doivent présenter les caractéristiques jugées indispensables suivantes :

- avoir des propriétés psychométriques adéquates (sensibilité et spécificité > 0,70);
- faire ressortir non seulement les difficultés de l'enfant, mais également ses forces;
- avoir des instructions d'administration et de cotation claires;
- être disponibles en français et en anglais.

R4.1 Sur la base des informations recueillies dans le cadre du présent avis, les outils de dépistage qui présentent les caractéristiques jugées indispensables sont, pour les enfants âgés de **0-5 ans** :

- *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*
 - *Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL 1 ½-5)*
- *Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3)*
- *Ages and Stages Questionnaires : Social-Emotional (ASQ:SE-2)*
- *Behavior Assessment System for Children (BASC-3)*
 - Questionnaire des parents – préscolaire (2-5 ans)
- Brigance - Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans (Version 3)
- *Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS)*
- *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

R4.2 Sur la base des informations recueillies dans le cadre du présent avis, les outils de dépistage qui présentent les caractéristiques jugées indispensables sont, pour les enfants et jeunes âgés de **6-18 ans** :

- *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*
 - *Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL/6-18)*
 - *Youth Self-Report for Ages 11-18 (YSR/11-18)*
- *Behavior Assessment System for Children (BASC-3)*
 - Questionnaire des parents – enfants (6-11 ans)
 - Questionnaire des parents – adolescents (12-21 ans)
 - Auto-évaluation de l'enfant (6-7 ans)
 - Auto-évaluation de l'enfant (8-11 ans)
 - Auto-évaluation de l'adolescent (12-21 ans)
- Dominique Interactif (6-11 ans / 12-16 ans)
- *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

NOTE : D'autres outils de dépistage pourraient s'ajouter aux outils recommandés en R4.1 et R4.2 si la présence des quatre caractéristiques jugées indispensables était démontrée (R4).

RECOMMANDATION 5¹

Des outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement adaptés et normés auprès d'enfants et de jeunes autochtones devraient être utilisés. Toutefois, sur la base des informations recueillies dans le cadre du présent avis, aucun outil ne répond à ces exigences à l'heure actuelle.

Des initiatives devraient être encouragées afin de concevoir, en collaboration avec les communautés autochtones, des outils de dépistage :

- normés pour les enfants et les jeunes de ces communautés ;
- culturellement adaptés, c'est-à-dire dont l'équivalence langagière, opérationnelle ainsi que de sens et de symbolique a été établie.

RECOMMANDATION 6

Il est généralement convenu qu'un dépistage précoce dans la vie d'un enfant ou d'un jeune est préférable, dans l'objectif d'assurer son développement optimal. Cependant, les données issues de la littérature recensée ne permettent pas de déterminer si, dans le processus d'intervention en protection de la jeunesse, un dépistage réalisé le plus tôt possible, c'est-à-dire à l'étape de l'Évaluation de la situation de l'enfant, est également préférable. De même, les délibérations tenues lors des rencontres du comité de travail n'ont pas permis de dégager de consensus sur cette question.

Par conséquent, il est recommandé que le MSSS, en collaboration avec l'ensemble des partenaires et parties prenantes concernées, détermine si le dépistage des difficultés et retards liés au développement doit être effectué uniquement auprès des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ, à l'étape « Mise en place des mesures de protection » (application des mesures), ou également auprès de ceux qui reçoivent des services en vertu de la LPJ aux étapes « Évaluation de la situation de l'enfant » et « Orientation – Choix des mesures de protection ».

¹ Le terme « autochtones » utilisé dans la recommandation s'appuie sur les données scientifiques recueillies auprès de divers peuples autochtones dans le monde ainsi que sur les perspectives de quelques représentants des Premières Nations du Québec. Ainsi, cette recommandation peut ne pas représenter l'avis de l'ensemble des peuples autochtones québécois.

RECOMMANDATION 7

La vulnérabilité des enfants et des jeunes en contexte de protection entraîne la nécessité d'assurer un suivi de leur développement à chacune des étapes du processus d'intervention. Un dépistage périodique est recommandé pour effectuer ce suivi.

Par conséquent, il est recommandé qu'un outil de dépistage des difficultés et retards liés au développement soit administré minimalement une fois par année.

L'intervenant devrait considérer le fait d'augmenter la fréquence du dépistage en présence de conditions particulières, notamment :

- si l'enfant est âgé de moins de 2 ans;
- s'il y a des préoccupations cliniques;
- à la suite d'événements importants ou moments de transition chez l'enfant (p. ex. : placement, changement de milieu de vie, transition scolaire, transition à la vie adulte).

RECOMMANDATION 8

Le parent et le jeune devraient être impliqués dans le dépistage des difficultés et retards liés au développement lorsqu'ils sont en mesure de participer, et ce, peu importe la modalité d'administration de l'outil.

Si aucun des parents n'est en mesure de participer au dépistage, l'intervenant devrait identifier, en collaboration avec le jeune, un autre adulte significatif.

RECOMMANDATION 9

Lorsque disponible et appropriée, la modalité d'administration autocomplétée des outils de dépistage devrait être privilégiée auprès des parents et des jeunes.

RECOMMANDATION 10

Afin d'optimiser les avantages et de réduire les inconvénients liés à l'utilisation d'un outil de dépistage, celle-ci doit s'inscrire dans un processus clinique, et ce, peu importe le répondant ou la modalité d'administration retenue (p. ex. : questionnaire autocomplété, entrevue).

Ce processus clinique implique que l'intervenant mette en œuvre certaines conditions favorables au dépistage avant, pendant et après l'administration de l'outil.

R10.1 Avant l'administration de l'outil de dépistage, l'intervenant doit :

- identifier les modalités d'administration qui sont adaptées :
 - aux spécificités culturelles et linguistiques du répondant;
 - aux caractéristiques personnelles et à l'état émotionnel du répondant (ex. : niveau de littératie, histoire personnelle, contexte de vie);
- choisir un lieu approprié, en tenant compte des préférences du répondant;
- choisir un moment qui convient au répondant.

R10.2 Lors de l'administration de l'outil de dépistage, l'intervenant doit :

- instaurer un climat de confiance avec le répondant;
- expliquer l'objectif et le déroulement du dépistage;
- expliquer la nature et la portée des résultats attendus, de même que les avantages et les inconvénients du dépistage;
- expliquer au répondant comment les informations fournies seront traitées (ex. : confidentialité, informations portées au dossier clinique);
- donner des instructions claires pour compléter l'outil ou les tâches;
- clarifier les questions ou les items susceptibles d'être mal compris ou interprétés;
- assurer un soutien lors de la passation de l'outil, au besoin.

R10.3 Après l'administration de l'outil de dépistage, l'intervenant doit :

- répondre aux préoccupations du répondant en lien avec l'administration de l'outil de dépistage ou le développement de l'enfant;
- discuter des résultats obtenus avec le parent et le jeune dans un cadre approprié et, le cas échéant, des suites à donner ;
- planifier et effectuer le suivi et les interventions requises en protection de la jeunesse, pour répondre aux besoins identifiés en lien avec le dépistage d'indices de difficultés et retards liés au développement;
- diriger ou accompagner vers les services requis, en complémentarité avec les services offerts en protection de la jeunesse, si les résultats indiquent la présence d'indices de difficultés ou retards liés au développement.

La mise en œuvre de ces recommandations en matière de dépistage des difficultés et retards liés au développement auprès des enfants et jeunes recevant des services en vertu de la LPJ, par les intervenants de la protection de la jeunesse, nécessite de prendre en compte certains aspects organisationnelles. À cet égard, plusieurs aspects organisationnels susceptibles de faciliter l'application des recommandations ont été relevés à la fois dans la littérature recensée et lors des consultations auprès des parties prenantes. Ces facilitateurs, qui concernent plus particulièrement la formation des intervenants œuvrant en protection de la jeunesse, la collaboration et la coordination des services entre les partenaires, ainsi que la communication des informations cliniques sont considérées comme nécessaires pour favoriser l'implantation des meilleures pratiques.

Au-delà des recommandations visant à baliser les différents aspects du dépistage des difficultés et retards liés au développement, cet avis souligne l'importance que l'ensemble des acteurs en contact avec les enfants et les jeunes (milieux de la petite enfance, scolaire, médical, communautaire et de la protection de la jeunesse collaborent à la mise en place des meilleures pratiques en matière de dépistage. Ces meilleures pratiques permettront d'intervenir au moment opportun auprès non seulement des jeunes enfants recevant des services en vertu de la LPJ, mais également auprès des enfants d'âge scolaire et des jeunes sous leur responsabilité. Accompagner les enfants les plus vulnérables en leur permettant de grandir et de s'épanouir sainement représente certes un grand défi. Toutefois, cela bénéficiera non seulement à ces enfants et à ces jeunes mais également à la société de demain à laquelle ils contribueront.

SUMMARY

Screening for development-related difficulties and delays of children and teenagers (from birth to age 18) receiving services under the *Youth Protection Act* (YPA).

Numerous Quebec and international studies point to the fact that children and teenagers who receive services under the *Youth Protection Act* (YPA) are likely to present significant difficulties and delays related to their physical, socio-emotional and cognitive development. These can lead to a variety of adjustment challenges that can hinder their personal, academic and social development throughout their journey to adulthood and beyond.

To support the development of these children and young people and to have a positive impact on their life trajectory, it is important to be able to early detect development-related difficulties and delays when they occur. Numerous government policies and initiatives supporting child development have been put in place in recent years by decision-makers and stakeholders in Quebec's health and social services, early childhood and education sectors. These include the *Plan d'action interministériel en itinérance 2015–2020* [2015–2020 interdepartmental action plan on homelessness] known as *Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance* [Mobilized and engaged to prevent and reduce homelessness] [Government of Quebec, 2014], which proposes a series of actions, including the one intended to promote the development and well-being of young people receiving youth protection services and to ensure a smooth transition of these youths to adult services. One of the means by which the Ministry of Health and Social Services (MSSS) plans to achieve this goal is through an assessment of — and follow-up on — the development of all children and teenagers receiving services from youth centres based on a clinical tool recommended by the MSSS (Measure 2.1, p. 12).

In order to respond specifically to this measure, the MSSS asked INESSS's Social Services Directorate (DSS) to come up with best-practice recommendations with regards to screening children for development-related difficulties and delays within the context of child protection, and to identify age-appropriate screening tools.

Goal and data collection methods

The purpose of this guidance report was to propose best practices in screening for development-related difficulties and delays of children and teenagers who are receiving services under the YPA. The recommendations contained in this guidance report stem from the cross between scientific, experiential and contextual data collected through:

1. a systematic review of the scientific and grey literature;

2. consultations with: (a) young people who have received youth protection services, b) parents of children who have received youth protection services, (c) youth workers and managers from the Youth Protection Directorate and Youth Program Directorate, and (d) youth workers and managers working in First Nations communities in Quebec;
3. exchange/deliberation meetings with members of the working committee.

Recommendations

The totality of the information collected led to the formulation of ten recommendations aimed at guiding youth protection workers towards best practices in screening for development-related difficulties and delays with the children and teenagers they are supporting. These recommendations (R1 to R10) have been grouped by issues of interest and are presented below.

RECOMMENDATION 1

Given that a child or teenager receiving youth protection services may have been screened for development-related difficulties and delays or may have undergone a development assessment in other settings (e.g., child care, a school, a family medicine group, CLSC front-line mission services), the youth protection worker must ensure that every child and teenager receiving YPA services is screened for development-related difficulties and delays.

- 1) The youth protection worker must first check to determine whether a partner/colleague has already conducted a developmental screening or assessment with the child or teenager.
- 2) If a developmental screening or assessment has already been carried out, the youth worker must take the results into consideration if they were obtained within the past year.
- 3) If a developmental screening or assessment has not already been completed, the youth worker must perform this screening or ensure that another worker or partner does so.

RECOMMENDATION 2

Screening by means of a purpose-designed tool allows for the identification of a greater number of children and teenagers with development-related difficulties and delays, compared to identification based solely on a youth worker's perceptions. Moreover, the advantages of using such a tool are numerous and outweigh the disadvantages.

Consequently, a purpose-designed screening tool must be used to screen and track development-related difficulties and delays in children and teenagers receiving services under the YPA.

RECOMMENDATION 3

Beyond the need for protection, ongoing attention should be paid to the development of children and teenagers receiving services under the YPA.

More specifically, the screening of development-related difficulties and delays, in accordance with the guidelines identified, should focus on :

- socio-emotional, language, motor and cognitive development for children from birth to age 5;
- socio-emotional development, mental health status and psychosocial functioning for children aged 6–12 years;
- socio-emotional development, mental health status, psychosocial functioning and the use of psychoactive substances for teenagers aged 13–18 years.

RECOMMENDATION 4

Screening tools to be used must present the following characteristics, which have been deemed essential:

- have appropriate psychometric properties (sensitivity and specificity > 0.70)
- highlight not only the child's difficulties but also his or her strengths
- come with clear instructions for administration and quotation
- be available in English and French

R4.1 Based on the information collected for the preparation of this guidance report, the screening tools that present the characteristics considered essential are, for children from **birth to age 5**:

- *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*
 - *Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL 1 ½-5)*
- *Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3)*
- *Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE-2)*
- *Behavior Assessment System for Children (BASC-3)*
 - Parents' questionnaire – pre-school (2–5 years)
- *Brigance Inventory of Early Development III (from birth to age 7)*
- *Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS)*
- *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

R4.2 Based on the information collected for the preparation of this report, for children and teenagers aged **6–18 years**, the screening tools that present the characteristics considered essential are:

- *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*
 - *Child Behavior Checklist for Ages 6–18 (CBCL/6–18)*
 - *Youth Self-Report for Ages 11–18 (YSR/11–18)*
- *Behavior Assessment System for Children (BASC-3)*
 - Parents' questionnaire – children (6–11 years)
 - Parents' questionnaire – adolescents (12–21 years)
 - Child's self-report (6–7 years)
 - Child's self-report (8–11 years)
 - Adolescent's self-report (12–21 years)
- *Dominic Interactive (6–11 years / 12–16 years)*
- *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

NOTE: Other screening tools could be added to those listed in R4.1 and R4.2 if it can be shown that they have the four characteristics deemed essential (R4).

RECOMMENDATION 5²

Tools that have been adapted and standardized for screening development-related difficulties and delays in Aboriginal children and teenagers should be used. However, the information collected for the preparation of this guidance document revealed that no tool currently meets these requirements.

Initiatives aimed at developing screening tools in collaboration with Aboriginal communities should be encouraged and should be:

- standardized for the children and teenagers of these communities;
- culturally adapted, i.e., that have been established as equivalent in terms of language, operationalization, meaning and symbolism.

RECOMMENDATION 6

It is generally agreed that early screening in the life of a child or teenager is to be preferred in order to ensure optimal development. However, from the data gathered during the literature review, no determination can be made as to whether it is also preferable to screen as early as possible in the child protection intervention process, i.e., when “the child’s situation is assessed”. Similarly, no consensus on this issue arose from the deliberations of the working committee meetings.

It is therefore recommended that the MSSS, in collaboration with all relevant partners and stakeholders, determine whether screening for development-related difficulties and delays should be carried out only with children and teenagers receiving services under the YPA, at the “Protective measures are applied” stage, or also with those receiving services under the YPA at the steps of “The child’s situation is assessed” and “Protective measures are determined”.

² The term “aboriginal” used in the recommendation is based on scientific data collected from various Aboriginal populations around the world, as well as from the perspectives of some representatives from Québec’s First Nations. Therefore, this recommendation may not represent the views of all Québec’s Aboriginal populations.

RECOMMENDATION 7

Given the vulnerability of children and teenagers in protective settings, it is necessary to monitor their development at every stage of the intervention process. Periodic screening is recommended for this monitoring.

It is therefore recommended that a screening tool for development-related difficulties and delays be administered at least once a year.

The youth worker should consider increasing the frequency of screening when specific conditions are present, particularly:

- if the child is under the age of two;
- if there are any clinical concerns;
- following significant events or when the child is going through a time of transition (e.g., placement, change in living environment, school transition, transition to adult life).

RECOMMENDATION 8

The parent(s), children and teenagers should be involved in screening for development-related difficulties and delays when they are able to participate, regardless of how the tool is administered.

If no parent is able to participate in the screening, the youth worker and teenager should jointly identify another significant adult.

RECOMMENDATION 9

Where available and appropriate, self-administration of the screening tools should be the preferred method for parents, children and teenagers.

RECOMMENDATION 10

In order to maximize the benefits and reduce the drawbacks of using a screening tool, such use must be part of a clinical process, regardless of the respondent or method of administration selected (e.g., self-administered questionnaire, interview).

This clinical process involves implementation by the youth worker of certain conditions that are conducive to screening before, during and after the tool is administered.

R10.1 Before administering the screening tool, the youth worker must:

- identify administration procedures that are adapted to the respondent's:
 - cultural and language specificities;
 - personal characteristics and emotional state (e.g., literacy level, personal history, life context);
- choose an appropriate location based on the respondent's preferences;
- choose a time that suits the respondent.

R10.2 When administering the screening tool, the youth worker must:

- establish a trustworthy relationship with the respondent;
- explain the purpose of the screening and how it will be conducted;
- explain the nature and scope of the expected results, as well as the pros and cons of screening;
- explain to the respondent how the information provided will be handled (e.g., confidentiality, information that will be added to the clinical record);
- give clear instructions on filling in the tool or tasks;
- clarify questions or items that may be misunderstood or misinterpreted;
- provide any needed support when the tool is being administered;

R10.3 After administering the screening tool, the youth worker must:

- address any concerns the respondent may have about the administration of the screening tool or the child's development;
- discuss the screening results with the parent(s) and child or teenager in an appropriate setting and, if necessary, lay out any next steps;
- plan and carry out any youth protection follow-up/interventions that may be required to address identified needs related to screening for signs of development-related problems and delays;
- guide or steer towards the required services, in tandem with available youth protection services, if the results reveal signs of development-related difficulties or delays.

Some organizational considerations need to be taken into account when youth protection workers implement these recommendations for screening development-related difficulties and delays in children and teenagers receiving services under the YPA. In this regard, several organizational aspects that could facilitate implementation of the recommendations were identified—both in the literature review and in consultations with stakeholders. Focusing on the training of youth protection workers, on the collaboration and coordination of services between partners and on the communication of clinical information, are the facilitators that are considered necessary to promote the implementation of best practices.

In addition to the recommendations aimed at identifying the various aspects of screening for development-related difficulties and delays, this guidance report highlights the importance of ensuring that all actors in contact with children and teenagers (in early childhood, school, medical, community and youth protection settings) work together to implement best screening practices. These best practices will allow timely interventions not only for young children receiving services under the YPA, but also for school-aged children and teenagers in their care. Supporting the most vulnerable children with opportunities to grow and develop healthily might certainly be a great challenge. However, such support will benefit not only these children and teenagers but also the society of tomorrow to which they will contribute.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AACODS	Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance
ASEBA	Achenbach System of Empirically Based Assessment
ASQ	Ages and Stages Questionnaires
ASQ : SE	Ages and Stages Questionnaires : Social-Emotional
BASC	Behavior Assessment for Children
CBCL	Child Behavior Checklist
CEC	Comité d'excellence clinique
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSSPNQL	Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
EDJeP	Étude sur le devenir des jeunes placés
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
JED	Jeunes en difficulté
GED	Grille d'évaluation du développement de l'enfant
GMF	Groupe de médecine familiale
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PEDS	Parents' Evaluation of Developmental Status
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisés
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux du Québec
RTS	Réception et traitement du signalement
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SOCEN	S'occuper des enfants (approche)
STARD	Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy
TDAH	Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité
YSR	Youth Self-Report

GLOSSAIRE

Détection

La détection consiste à relever des indices de trouble non encore identifié ou des facteurs de risque dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. La détection ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices. Il ne s'agit pas d'une activité réservée selon le Code des professions du Québec [Gouvernement du Québec, 2013].

Dépistage

Le dépistage consiste en l'utilisation d'outils standardisés pour préciser la probabilité de présenter un problème de développement ou identifier des sphères du développement où les habiletés de l'enfant sont en retard en comparaison avec des normes établies [Bright Futures Steering Committee & Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Bright Futures Steering Committee & Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee, 2006].

Il existe plusieurs types de dépistage. Dans le cadre du présent avis, il s'agit d'un **dépistage ciblé** qui s'applique à un groupe d'individus qui présentent des caractéristiques communes [Comité d'experts sur le dépistage et la surveillance en santé au travail, 2009], en l'occurrence, les enfants et les jeunes recevant des services en vertu de la LPJ. La répétition d'un test de dépistage auprès d'une même population est considérée utile lorsque l'objet du dépistage est une caractéristique qui peut évoluer dans le temps [Comité d'experts sur le dépistage et la surveillance en santé au travail, 2009].

Difficultés et retards liés au développement

L'expression « difficultés et retards liés au développement » est utilisée dans le cadre du présent avis pour englober autant les retards que peuvent présenter les jeunes enfants quant à leur développement que les difficultés présentées par les enfants et jeunes dans l'une ou l'autre des sphères de développement (physique, moteur, socioémotionnel, cognitif, langagier).

- Retard lié au développement : retard temporaire ou prolongé dans le franchissement de jalons spécifiques à l'âge dans l'une des sphères du développement. Le retard lié au développement fait ainsi référence à un délai dans l'acquisition des habiletés développementales [Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2016]. Ce concept ne doit toutefois pas être confondu avec le retard global de développement, qui est un diagnostic réservé aux enfants de moins de 5 ans qui présentent des retards importants (au moins deux écarts-types sous la moyenne aux tests standardisés dans au moins deux sphères de développement) [American Psychiatric Association, 2015].
- Difficulté liée au développement : terme générique utilisé dans le cadre de cet avis pour désigner l'ensemble des difficultés que peuvent présenter les enfants et

les jeunes dans l'une ou l'autre des sphères de leur développement. Ces difficultés sont de natures multiples (p. ex. : socioémotionnelles, comportementales, motrices), généralement temporaires, et peuvent interférer avec le développement présent et futur de l'enfant ou du jeune et nuire à son autonomie et à ses apprentissages [Glascoe et Marks, 2009]. Elles peuvent être corrigées par des interventions adaptées.

Évaluation globale du développement

L'évaluation globale du développement consiste en l'évaluation des différentes sphères du développement et permet de faire un portrait détaillé de l'enfant ou du jeune. Dans le cadre du présent avis, elle implique de considérer le contexte psychosocial dans lequel l'enfant ou le jeune recevant des services en protection de la jeunesse évolue, et de prendre en compte les facteurs de risque et les facteurs de protection présents dans son environnement. Elle peut inclure ou suivre une activité de dépistage auprès de l'enfant ou du jeune. Ce type d'évaluation n'a pas pour but de mener à un diagnostic.

Intervenant

Le terme « intervenant » est utilisé dans le présent avis pour désigner toute personne, peu importe son secteur d'intervention (p. ex. : services de garde éducatifs à l'enfance, milieu scolaire, milieu médical, milieu psychosocial, milieu communautaire), qu'elle soit membre ou non d'un ordre professionnel, et qui peut, dans le cadre de son travail, porter un regard sur le développement de l'enfant ou du jeune.

Intervenant en protection de la jeunesse

L'intervenant en protection de la jeunesse est celui qui est autorisé par le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) à intervenir dans le cadre de l'article 32 ou 33 de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).

Les personnes autorisées en vertu de l'**article 32** sont celles qui ont la responsabilité de la réception et du traitement des signalements, de l'Évaluation-Orientation des signalements retenus, de la révision de la situation des enfants pris en charge par le DPJ et de l'adoption des enfants qui y sont admissibles [Gouvernement du Québec, 2010].

Les personnes autorisées en vertu de l'**article 33** sont celles qui sont mandatées par le DPJ à exercer une ou plusieurs responsabilités à l'application des mesures. Elles doivent notamment voir à l'application des mesures prévues dans l'entente sur les mesures volontaires ou dans l'ordonnance lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant ont été déclarés compromis [Gouvernement du Québec, 2010].

Norme

Distribution des scores obtenus par un échantillon de personnes, représentatif d'une population définie, à un instrument qui a été administré dans des conditions standardisées. Cette distribution suit généralement une courbe normale et l'échantillon ainsi formé est appelé « échantillon de normalisation » ou « échantillon normatif » [Le Corff et Yergeau, (s.d.)].

Outil de dépistage standardisé

Un outil de dépistage standardisé est un outil élaboré rigoureusement permettant de mesurer un concept (ou un indicateur) de manière objective et standardisée. Il peut être défini comme une série de questions autorapportées ou d'items utilisés pour mesurer un concept. Les items mesurant un concept forment une échelle pour laquelle un score quantifié est obtenu, souvent en additionnant les résultats, ou avec un système plus ou moins complexe de pondération. Les scores de l'échelle peuvent être convertis par la suite en norme afin de faciliter l'interprétation. Ces instruments doivent passer par des étapes de validation rigoureuses, et l'information sur les qualités psychométriques (telles que la fidélité test-retest, la cohérence interne, la spécificité, la sensibilité) doit être rendue disponible [Streiner *et al.*, 2015].

Premières Nations

La Constitution canadienne reconnaît trois peuples autochtones distincts — les Indiens (plus souvent appelés les « Premières Nations »), les Métis et les Inuits. L'usage du terme « Premières Nations » s'est répandu dans les années 1970 afin de remplacer le mot « Indiens ». Dans le présent rapport, les Premières Nations désignent :

- les membres inscrits des Premières Nations (personnes inscrites comme « Indien » aux termes de la Loi sur les Indiens);
- les membres non inscrits des Premières Nations (personnes non inscrites comme « Indien » aux termes de la Loi sur les Indiens) [Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord, 2017].

Sensibilité

La sensibilité mesure la capacité de l'outil de dépistage à identifier correctement, dans une population ciblée, les personnes ayant vraiment la caractéristique recherchée (les « cas »). Le degré de sensibilité indique donc la probabilité que l'outil identifie correctement un « cas » ou la probabilité qu'un « cas » donné soit identifié correctement par l'outil. Les indices de sensibilité s'expriment par une valeur comprise entre 0 et 1. Alors qu'une valeur de 0 traduirait une complète incapacité à détecter correctement la présence de la caractéristique mesurée, une valeur de 1 traduirait une parfaite capacité de détection [Le Corff et Yergeau, (s.d.)].

Services de première ligne

Les services de première ligne sont le premier niveau d'accès et ils s'appuient sur des infrastructures légères. De plus, les services de première ligne regroupent deux grands types de services : les services généraux, qui s'adressent à l'ensemble de la population, et les services spécifiques, pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.). À l'intérieur de ces deux grands types de services, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide [MSSS, 2004].

Spécificité

La spécificité mesure la capacité de l'outil de dépistage à identifier, dans une population ciblée, les personnes n'ayant pas une caractéristique spécifique donnée (les « non-cas »). Le degré de spécificité d'un outil indique donc la probabilité que ce dernier identifie correctement un « non-cas » ou la probabilité qu'un « non-cas » donné soit prédit correctement par l'instrument. Les indices de spécificité s'expriment par une valeur comprise entre 0 et 1. Alors qu'une valeur de 0 traduirait une complète incapacité à détecter correctement l'absence de la caractéristique mesurée, une valeur de 1 traduirait une parfaite capacité de discrimination [Le Corff et Yergeau, (s.d.)].

Surveillance du développement

Processus de surveillance continue du développement, de détermination des facteurs de risque et de prise en compte des préoccupations formulées par un parent. Ce type de surveillance s'inscrit dans les pratiques cliniques usuelles de suivi des enfants [Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2016].

Troubles neurodéveloppementaux

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [American Psychiatric Association, 2015], les troubles neurodéveloppementaux sont « un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ces troubles se manifestent typiquement précocement durant le développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. La gamme des déficits développementaux est variable, allant de limitations très spécifiques des apprentissages ou du contrôle des fonctions exécutives, jusqu'à une altération globale des compétences sociales ou de l'intelligence » (p. 33). Les troubles neurodéveloppementaux incluent, par exemple, le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), le trouble du développement intellectuel et le trouble du langage.

MISE EN CONTEXTE

Au Québec, le développement optimal des enfants est une priorité, notamment pour les décideurs et intervenants des milieux de la santé et des services sociaux, de la petite enfance et de l'éducation. De nombreux programmes, politiques et mesures issus de ces secteurs témoignent de cet intérêt et engagent les acteurs concernés à adopter une vision commune concernant le développement des enfants. À titre d'exemple, mentionnons l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM), à laquelle collaborent plusieurs ministères et leurs partenaires, visant à soutenir le développement des enfants dans leur préparation à l'entrée à l'école primaire.

Il est généralement reconnu que le fait de s'occuper le plus tôt possible du développement d'un enfant est susceptible d'avoir une influence positive sur sa trajectoire de vie [Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016]. Le dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants d'âge préscolaire fait d'ailleurs l'objet d'une attention particulière dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), notamment dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité³, lors des consultations médicales et des cliniques de vaccination. Aussi, le programme *Agir tôt*, déployé dans l'ensemble des régions du Québec depuis l'été 2019, vise à favoriser le plein potentiel du développement des enfants, à dépister de possibles écarts et à accompagner les enfants dès leur plus jeune âge. Le programme s'appuie sur le rehaussement des équipes d'intervention précoce partout au Québec et sur la mise en œuvre d'une plateforme informatique en ligne regroupant différents questionnaires de dépistage conçus pour les enfants âgés de 0 à 5 ans. Le programme *Agir tôt* a entre autres pour finalité de mieux orienter l'enfant vers les services requis grâce à un portrait plus précis de son développement [Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019b]. Par ailleurs, le programme *ABCdaire 0-5 ans*⁴ propose des outils pour surveiller la santé des enfants et favoriser leur développement optimal. L'utilisation de ces outils contribue à structurer les visites médicales périodiques des enfants âgés de 0 à 5 ans. Parmi ceux-ci, l'*ABCdaire 18 mois+* est actuellement utilisé dans le cadre du Programme *Agir tôt* lors de la vaccination des enfants âgés de 18 mois. De plus, les centres de la petite enfance, les organismes communautaires familles, les cliniques de pédiatrie sociale et autres acteurs présents dans la communauté œuvrent de façon complémentaire au RSSS auprès des enfants et de leurs familles et contribuent à tisser un filet social de sécurité propice au développement des enfants au Québec.

³ « Les SIPPE s'inscrivent dans un continuum d'intervention en promotion de la santé et en prévention pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils ont pour objet de soutenir la santé et le développement des jeunes enfants dès la douzième semaine de grossesse, et peuvent être offerts aux familles jusqu'à l'entrée à l'école. » [Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019a] (p. 1).

⁴ <https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/ABCdaire>

Ces acteurs de la petite enfance agissent le plus souvent de façon préventive et en amont des services de la protection de la jeunesse, dont ils sont de précieux partenaires. Leur intervention s'avère particulièrement importante si l'on considère que les enfants et les jeunes qui reçoivent des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) sont susceptibles de présenter des défis particuliers sur le plan développemental, en raison notamment d'importantes vulnérabilités psychosociales. En effet, de nombreuses études québécoises et internationales soulignent que les enfants et les jeunes recevant des services de protection de la jeunesse⁵ présentent des difficultés et des retards importants dans l'ensemble des sphères du développement [Hélie *et al.*, 2017; Szilagyi *et al.*, 2015; Committee on Adolescence, 2011; Leslie *et al.*, 2005; Pauzé *et al.*, 2004]. Par exemple, au Québec, les données de l'*Étude d'incidence québécoise* recueillies en 2014 [Hélie *et al.*, 2017] indiquent que chez les enfants pour lesquels les faits signalés ont été jugés fondés (70%), au moins une difficulté de fonctionnement a été noté dont plus du tiers est soit un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (33%), soit des symptômes de dépression, d'anxiété ou d'isolement (31%), soit des difficultés scolaires (31%). Les taux élevés de difficultés et retards liés au développement chez les enfants et les jeunes en protection de la jeunesse s'expliqueraient, entre autres, par les expériences d'abus et de maltraitance vécues et par la présence de différents facteurs de risque, tels que la pauvreté, l'isolement, l'exposition à la violence, ou encore la présence de problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les parents [Leslie *et al.*, 2005].

La vulnérabilité de plusieurs enfants qui reçoivent des services en protection de la jeunesse peut compromettre leur réussite éducative, et nuire à leur épanouissement personnel et social tout au long de leur vie. De nombreuses études, dont l'*Étude sur le devenir des jeunes placés (EDJeP)* [Goyette *et al.*, 2019a; Goyette et Blanchet, 2019; Goyette *et al.*, 2019b], font mention de défis d'intégration sociale et professionnelle chez les jeunes adultes ayant reçu des services en protection de la jeunesse, défis pouvant les conduire à vivre des situations de précarité économique et sociale. Aussi, certains de ces jeunes sont à risque de vivre de l'itinérance. En effet, la problématique de l'itinérance interpelle les services offerts en protection de la jeunesse puisqu'entre 50 % et 75 % des jeunes de la rue auraient reçu au cours de leur vie des services de la protection de la jeunesse [Robert *et al.*, 2005]. L'*Étude sur le devenir des jeunes placés* rapporte également que près de 20 % des jeunes (n=138) ont affirmé avoir vécu une situation d'itinérance depuis leur sortie de placement [Goyette *et al.*, 2019a].

Dans ce contexte, en 2015, le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 *Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance* [Gouvernement du Québec, 2014] propose une série d'actions, dont celles visant à favoriser le développement et le bien-être des jeunes confiés aux services de protection de la jeunesse et à assurer la transition fluide de ces jeunes vers les services pour les adultes. Parmi les moyens prévus pour atteindre cet objectif, le MSSS a énoncé la

⁵ L'expression « protection de la jeunesse » est utilisée dans le cadre du présent document pour désigner l'ensemble des différentes appellations des services en protection de l'enfance utilisées dans les différents États, dont « *child welfare* » et « protection de l'enfance ».

mesure « Évaluation du développement de tous les enfants et les jeunes suivis en centre jeunesse à partir d'un outil clinique recommandé par le MSSS et en assurer le suivi » (mesure 2.1, p. 12).

C'est afin de répondre de façon spécifique à cette mesure que le MSSS a demandé à la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS de procéder à des travaux visant à recommander les meilleures pratiques associées au dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants dans le cadre de la protection de la jeunesse et d'identifier des outils de dépistage à utiliser en fonction de l'âge de l'enfant.

1. OBJECTIF ET QUESTIONS D'INTÉRÊT

L'étape de cadrage du projet a permis de convenir avec le MSSS que l'objectif du présent avis était d'identifier les meilleures pratiques en matière de dépistage des difficultés et retards liés au développement chez les enfants et des jeunes (0-18 ans) recevant des services en vertu de la LPJ.

Cet objectif est découpé en quatre questions spécifiques, soit :

- Quels sont les outils et processus qui permettent de répondre à l'objectif de dépistage ?
- Quels sont les avantages associés au dépistage des difficultés et retards liés au développement (outils et processus)? Pour l'enfant? Pour la famille? Pour les intervenants?
- Quels sont les inconvénients associés au dépistage des difficultés et retards liés au développement? Pour l'enfant? Pour la famille? Pour les intervenants?
- Quelles sont les suites à donner au dépistage des difficultés et retards liés au développement?

Cet avis ne vise toutefois pas à :

- faire un inventaire des pratiques existantes en matière de dépistage des difficultés et retards liés au développement pour les enfants dans le RSSS, dans le réseau scolaire et le milieu communautaire ainsi que dans le secteur privé;
- documenter les outils ou approches visant à effectuer une évaluation globale du développement du jeune;
- identifier les outils d'évaluation ayant pour objectif de diagnostiquer des troubles neurodéveloppementaux ou à en établir les causes;
- documenter les interventions à préconiser pour traiter les difficultés et retards liés au développement qui ont été identifiés.

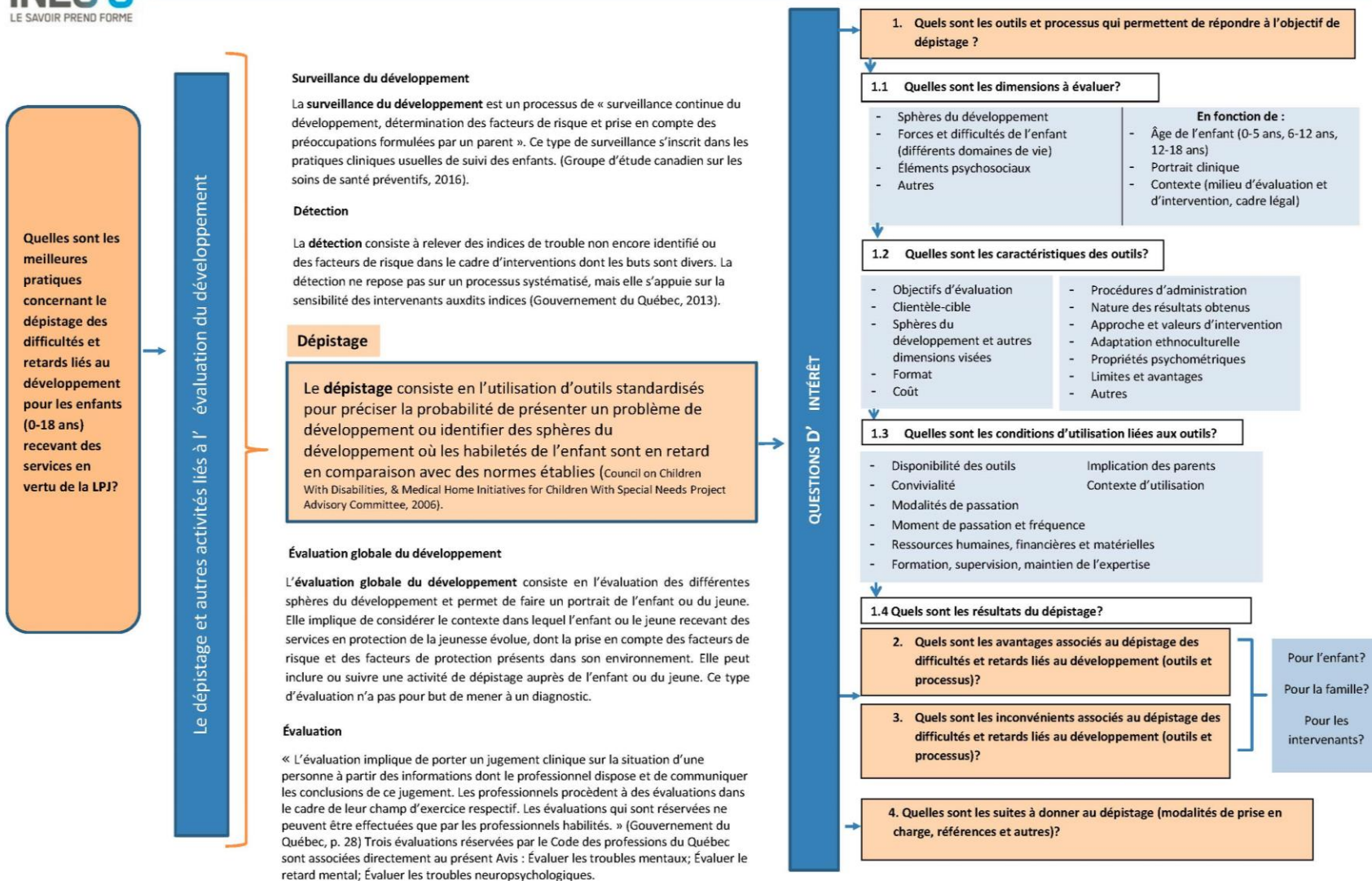
1.1. Précisions sur le développement de l'enfant et la notion de dépistage

Le développement de l'enfant est souvent défini dans la littérature consultée comme un regroupement de sphères spécifiques (socioémotionnelle, motricité globale, motricité fine, le langage et la cognition). Typiquement, l'enfant évolue jusqu'à l'âge adulte selon une séquence organisée de développement dans chacune de ces sphères. En s'appuyant sur ces séquences, il est possible d'identifier des repères développementaux (*milestones*) et de déterminer les âges moyens auxquels ils sont normalement acquis. Bien qu'à première vue le développement puisse paraître linéaire et suivre un rythme régulier, il est plutôt caractérisé par des poussées, des régressions et des plateaux (ou combinaisons de ceux-ci) de durées variables [Adolph *et al.*, 2008]. De plus, une

variation peut exister tant au regard des âges auxquels les enfants acquièrent les différentes habiletés que dans la séquence d'acquisition des habiletés à l'intérieur d'une sphère de développement [Vereijken, 2010]. Ces variations peuvent s'expliquer par les différences individuelles qui caractérisent le développement humain et par l'influence des interrelations entre l'enfant et son environnement [Levine et Munsch, 2010]. En psychologie du développement, il est reconnu que l'influence de l'environnement sur le développement est particulièrement cruciale au cours des premières années de la vie, notamment en raison de la plasticité du cerveau pendant cette période [Takesian et Hensch, 2013].

Si un consensus se dégage de la littérature recueillie quant aux principales notions liées au développement de l'enfant, ce n'est pas le cas en ce qui concerne le concept de dépistage. En effet, selon le contexte des études dans lesquelles il est utilisé, le mot « dépistage » peut désigner diverses activités liées à l'évaluation du développement et avoir des finalités différentes. Une variation quant à la signification du mot « dépistage » a aussi été relevée tant par les membres du comité de travail que par les personnes consultées. Il a donc été nécessaire de convenir d'une définition commune du dépistage et des différentes activités susceptibles d'y être associées pour s'assurer d'une lecture commune tout au long du projet. À cet effet, le cadre d'analyse présenté à la Figure 1 présente la définition du dépistage adoptée dans cet avis et précise les questions d'intérêt abordées.

Figure 1 Cadre d'analyse



1.2. Dépistage des difficultés et retards liés au développement dans le cadre de la protection de la jeunesse

Lorsque des enfants présentent des problèmes de nature psychosociale, qu'ils soient associés ou non à des difficultés ou retards liés à leur développement, le RSSS constitue le plus souvent la porte d'entrée pour obtenir des services en vertu de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSSS), notamment dans le cadre du programme *Jeunes en difficulté* (JED) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce programme-service regroupe les services destinés aux jeunes de la petite enfance à l'âge adulte qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou des difficultés d'adaptation (délinquance, violence, suicide, etc.) [Gouvernement du Québec, 2017]. Des services aux jeunes qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement, ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis, sont également offerts dans le cadre de ce programme. Ainsi, lorsqu'un enfant ou un jeune se retrouve dans une situation qui compromet ou risque de compromettre sa sécurité ou son développement, la Loi sur la protection de la jeunesse s'applique et l'enfant est pris en charge par le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ)⁶.

Le processus d'intervention en protection de la jeunesse est composé de plusieurs étapes [Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020], dont :

1) Réception et traitement du signalement (RTS).

La première étape a pour but de déterminer si un signalement doit être retenu ou non, à partir d'une analyse sommaire de la situation signalée. Cette analyse doit permettre de distinguer les situations qui nécessitent une évaluation plus en profondeur par le DPJ de celles qui doivent être dirigées vers les ressources de la communauté, pour répondre aux besoins de l'enfant et de ses parents [Gouvernement du Québec, 2010]. À cette étape, des services d'information et de consultation, appelés « Info-consultation », sont également offerts dans le cadre des signalements.

2) Évaluation de la situation de l'enfant

À la suite d'une analyse sommaire des informations obtenues au moment d'un signalement, dans le cas où le DPJ déciderait de retenir le signalement, une évaluation plus approfondie de la situation de l'enfant est effectuée à l'étape subséquente appelée « Évaluation de la situation de l'enfant ». Le DPJ tient compte des éléments suivants⁷ : la nature, la gravité, la durée et la fréquence des faits signalés ; l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant ; la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement ; les ressources du milieu disponibles pour venir en aide à l'enfant et

⁶ Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1, article 51. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/P-34.1>

⁷ Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1, article 38.2. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/P-34.1>

à ses parents. Après avoir vérifié les faits signalés et analysé la situation familiale et sociale de l'enfant, le DPJ juge si sa sécurité ou son développement est compromis ou non. Il importe de préciser que cette étape de l'évaluation de la situation de l'enfant, à l'intérieur du processus d'intervention en protection de la jeunesse, n'a pas pour objectif d'évaluer le développement global de l'enfant, tel que défini précédemment dans cet avis. Comme le précise le Manuel de protection de la jeunesse : « ...l'évaluation de la situation se déroule avec diligence et se limite à la collecte de renseignements pertinents et nécessaires pour déterminer si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis ou non » [Gouvernement du Québec, 2010] (p. 474).

Retenons qu'à cette étape du processus, « c'est l'analyse dynamique de l'ensemble des facteurs de risque et de protection qui permet de conclure si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis » [Gouvernement du Québec, 2010] (p. 477).

3) Orientation – Choix des mesures de protection

Lorsque le DPJ conclut, à la suite de l'étape « Évaluation de la situation de l'enfant », que les faits sont fondés et que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, la prochaine étape est celle de l'orientation, qui permet de déterminer le régime, volontaire ou judiciaire, et les mesures. Le DPJ, en collaboration avec les parents et le jeune âgé de 14 ans et plus, décide de l'orientation qui s'applique à sa situation de compromission, afin de mettre fin à celle-ci et d'éviter qu'elle ne se reproduise.

4) Mise en place des mesures de protection

L'étape de l'exécution de l'entente sur les mesures volontaires ou de l'ordonnance est appelée « Mise en place des mesures de protection » (application des mesures). Les objectifs à cette étape du processus sont de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et d'éviter qu'elle ne se reproduise. La personne autorisée par le DPJ⁸ doit « avoir recours à une gamme de services généraux et spécialisés, car elle ne peut répondre seule aux besoins d'un enfant en situation de protection et de sa famille » [INESSS, 2019]. Un plan d'intervention (PI) est établi en impliquant l'enfant, le jeune et ses parents en fonction de leurs besoins et de leur niveau de développement et en tenant compte de la disponibilité des ressources autour de la famille. De même, un plan de services individualisé (PSI) est conçu lorsque la réponse aux besoins de l'enfant, du jeune et de sa famille requiert le recours à des services offerts par d'autres organisations ou établissements (Loi sur les services de santé et les services sociaux). Soulignons que la LPJ s'applique dans des situations exceptionnelles et que sa portée est limitée puisqu'il s'agit d'une intervention d'autorité de l'État dans la vie privée des familles [Gouvernement du

⁸ La personne autorisée en vertu de l'article 33 de la LPJ doit exercer les responsabilités générales indiquées par le DPJ, lorsque celui-ci a pris la situation d'un enfant en charge, à la suite d'une déclaration de compromission (LPJ, art. 51). Bien que le DPJ demeure imputable des actions posées en son nom, il mandate la personne autorisée pour voir à l'application des mesures volontaires ou ordonnées par le tribunal. Une telle personne agit donc au nom du DPJ.

Québec, 2010]. L'intervention du DPJ ne doit durer que le temps nécessaire pour corriger la situation de compromission et en prévenir la récurrence.

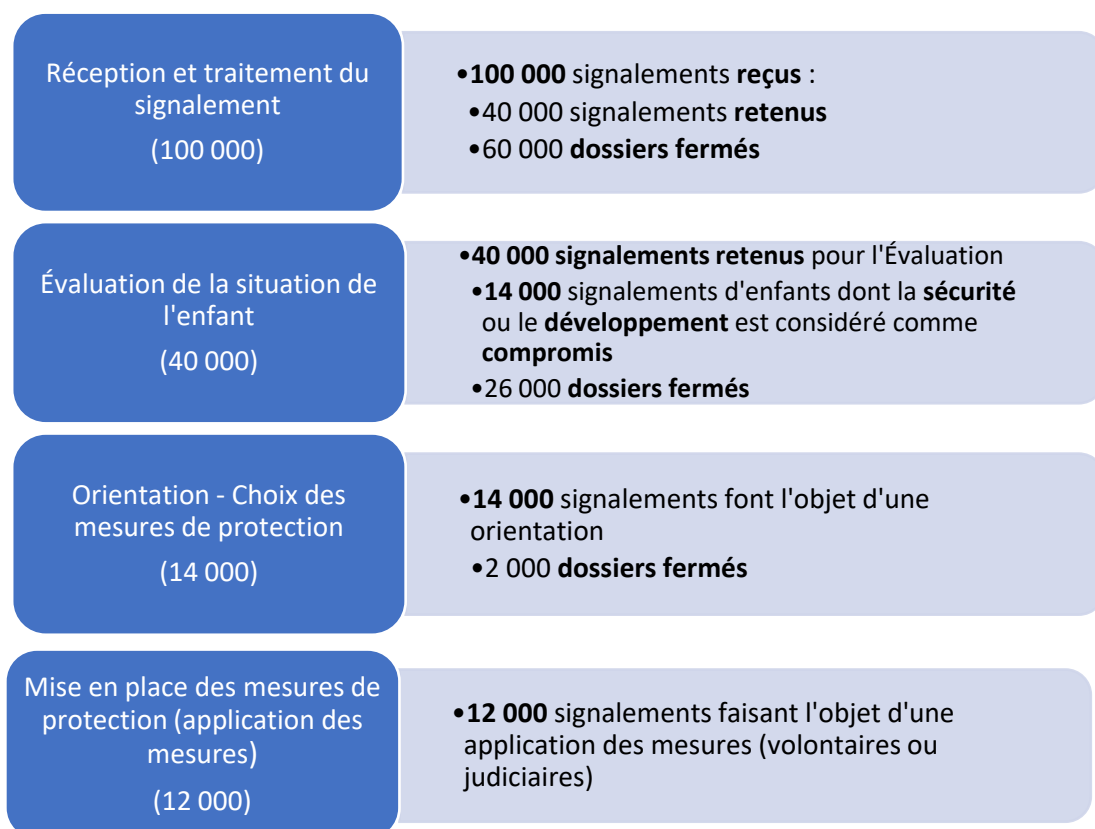
5) Révision de la situation

L'étape de la révision fait partie intégrante du processus d'intervention en protection de la jeunesse. C'est une responsabilité exclusive du DPJ : il autorise des membres de son personnel, soit les réviseurs, à exercer cette responsabilité impliquant de statuer si la sécurité ou le développement de l'enfant est toujours compromis et de décider du régime, volontaire ou judiciaire, et des mesures à appliquer. La personne autorisée responsable de l'application des mesures doit rendre compte au réviseur de l'évolution de la situation de l'enfant, selon un échéancier déterminé par le Règlement sur la révision de la situation d'un enfant. L'intervention en protection de la jeunesse prend fin lorsque le réviseur conclut que la sécurité et le développement de l'enfant ne sont plus compromis ou que l'enfant atteint l'âge de 18 ans. Ceci ne signifie pas nécessairement la fin de la prestation de services à la famille puisque la personne autorisée doit s'assurer, si des besoins demeurent, de diriger ou d'accompagner le jeune et sa famille vers les services d'aide appropriés à la situation [INESSS, 2019].

Le nombre d'enfants varie selon l'étape du processus d'intervention en protection de la jeunesse à laquelle pourrait se réaliser le dépistage des difficultés et retards liés au développement. À titre d'exemple, la Figure 2 présente une illustration du nombre de dossiers concernés et fermés à chacune des principales étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse pour une situation théorique de 100 000 signalements [Vérificateur général du Québec, 2020].

Ce nombre correspond environ au nombre de signalements traités annuellement au Québec au cours des deux dernières années, soit 96 014 en 2017-2018 et 105 644 en 2018-2019 [DPJ/DP, 2019; 2018]. Ainsi, selon le récent rapport du Vérificateur général du Québec [2020], 60 % des dossiers sont fermés à l'étape « Réception et traitement du signalement ». Parmi les 40 000 dossiers dont le signalement est retenu, 26 000 sont fermés à l'étape « Évaluation de la situation de l'enfant », et 2000 le sont à l'étape « Orientation – Choix des mesures de protection ». Par conséquent, environ 12 000 signalements feront l'objet d'une application des mesures, dans une situation théorique de 100 000 signalements traités annuellement.

Figure 2 Illustration du nombre d'enfants ou jeunes concernés aux principales étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse
(données issues du Vérificateur général du Québec [2020])



2. MÉTHODES DE COLLECTE ET DE SYNTHÈSE DES DONNÉES

Pour assurer la réalisation de cet avis, l'équipe projet s'est adjoint la collaboration d'un comité de travail composé de 16 membres indépendants reconnus pour leur expertise en lien avec les travaux projetés. Ceux-ci provenaient de différents secteurs d'activité (santé publique, milieux universitaires, directions des établissements (Jeunesse et DPJ), milieu médical, regroupement d'usagers de la protection de la jeunesse, ordres professionnels, MSSS) et régions administratives (Abitibi-Témiscamingue, Laurentides, Montréal, Montérégie, Québec) (voir la composition complète du comité de travail dans les pages liminaires du document). Ils ont été sélectionnés dans une optique de diversité professionnelle et géographique, de même que sur la base de leur crédibilité scientifique ou de leurs connaissances et expériences cliniques en lien avec l'objectif du projet. Ce comité avait pour mandat d'accompagner l'équipe projet de l'INESSS dans l'ensemble des étapes des travaux, afin d'en assurer la crédibilité scientifique et la pertinence clinique, de même que de garantir la faisabilité et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré. Les membres du comité ont ainsi suivi l'évolution du projet en offrant leur rétroaction aux différentes étapes, apporté leur contribution spécifique selon leur expertise et leur perspective, fourni des informations et transmis des documents pertinents. Ils ont également participé à un processus délibératif sur l'ensemble de la preuve et se sont prononcé sur des recommandations proposées par l'équipe projet de l'INESSS.

Par ailleurs, les recommandations émises dans le cadre de cet avis découlent du croisement entre les données scientifiques, expérientielles et contextuelles recueillies par le biais :

1. d'une recension systématique de la littérature scientifique et grise (section 2.1);
2. de consultations réalisées auprès de :
 - a. jeunes qui ont reçu des services en protection de la jeunesse;
 - b. parents d'enfants ayant reçu des services en protection de la jeunesse;
 - c. intervenants et gestionnaires provenant de la Direction de la protection de la jeunesse et de la Direction du programme jeunesse;
 - d. intervenants et gestionnaires œuvrant au sein de communautés des Premières Nations au Québec (section 2.2).
3. de rencontres d'échange et de délibération auprès du comité de travail (section 2.3).

Les formulations finales des recommandations et l'ensemble du document ont été revus par le comité de travail et par les lecteurs externes et leurs commentaires ont été intégrés le cas échéant.

2.1. Recension systématique de la littérature scientifique et grise

2.1.1. Repérage de la documentation pertinente

Une recension systématique de la littérature scientifique et grise a été réalisée, afin de répondre aux questions d'intérêt concernant les meilleures pratiques en matière de dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants recevant des services en protection de la jeunesse. Le protocole de recension utilisé à cette fin respecte les normes de production des revues systématiques de l'INESSS [2013].

Une stratégie principale de repérage de la littérature scientifique a été utilisée pour répondre à l'ensemble des questions abordées dans le cadre de l'avis. Elle a été élaborée par une conseillère en information scientifique de l'Institut en collaboration avec les membres de l'équipe projet. Afin de trouver les documents pertinents, la stratégie ciblait les documents publiés de 2008 à 2019 inclusivement, en français ou en anglais (voir Annexe A, Tableau A.1).

Des stratégies secondaires ont également été déployées afin de repérer la littérature probante, dont :

- la consultation des listes de références des publications incluses dans les articles retenus;
- la consultation des sites Web d'organisations publiant des politiques, orientations ministérielles, cadres de référence, plans d'action, guides de pratique et lignes directrices, ainsi que des textes provenant d'opinions d'experts issus des sphères liés au développement de l'enfant et à la protection de la jeunesse (voir Annexe A, Tableau A.2);
- une recherche par mots-clés à l'aide du moteur de recherche Google;
- le repérage de publications récentes par le biais d'alertes automatiques enregistrées dans Google Scholar;
- une invitation aux membres du comité de travail à nous transmettre tout document lié aux questions abordées dans le cadre de l'avis.

2.1.2. Sélection de la documentation pertinente

La mise en œuvre des stratégies de repérage de la documentation pertinente a permis de recenser 11 307 documents. Une procédure de sélection en différentes étapes a été élaborée par l'équipe projet (voir Annexe B, Tableau B.1). Les critères d'inclusion et d'exclusion présentés au Tableau 1 (ci-contre) ont été appliqués. De ce nombre, 137 études et publications portant sur les outils et processus de dépistage des difficultés et retards liés au développement ont été retenues, dont 55 références ont été incluses dans l'analyse de la preuve (Annexe B, Tableau B.2).

Le diagramme de flux, la liste des références exclues et les motifs d'exclusion sont présentés à l'Annexe B (Figure B.1 et Tableau B.3).

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études et publications recensées

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	Enfants âgés de 0 à 18 ans. Échantillon provenant d'un pays membre de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).	- Exclusion des études dont l'échantillon : - est composé de participants dont l'âge moyen > 18 ans ou absence de résultat spécifique pour les 0-18 ans; - provient d'un pays non membre de l'OCDE; - est composé de prématurés et de nouveau-nés.
INTERVENTION	Toute pratique clinique ou organisationnelle liée au dépistage des difficultés et retards liés au développement pouvant être réalisée dans le cadre de l'intervention en protection de la jeunesse.	- Exclusion des études qui : - ne portent pas principalement sur le dépistage des difficultés et retards liés au développement (p. ex. : outil utilisé uniquement dans le cadre d'un processus médical de surveillance du développement ou pour établir un diagnostic); - présentent un outil de dépistage qui ne couvre pas au moins 2 sphères de développement; - présentent un outil de dépistage conçu spécifiquement pour les enfants âgés de 0-5 ans qui n'a pas été validé auprès d'une population d'enfants en protection de la jeunesse; - présentent un outil de dépistage ou une version de l'outil dont l'usage est restreint à un membre d'un ordre professionnel, un enseignant ou un membre du corps médical (p. ex. : médecin, infirmière); - présentent un programme d'intervention ou des résultats en lien avec l'efficacité d'interventions réalisées; - traitent de l'évaluation de la performance du système de santé (et non du développement de l'enfant).
RÉSULTATS (OUTCOMES)	Tout document traitant de : - outils et processus de dépistage des difficultés et retards liés au développement; - avantages associés au dépistage des difficultés et retards liés au développement; - inconvenients associés au dépistage des difficultés et retards liés au développement; - suites à donner au dépistage.	- Exclusion des études qui : - présentent une association entre un stade de développement et un résultat subséquent (p. ex. : association entre langage et habiletés de régulation des émotions); - évaluent la corrélation entre un problème de développement et d'autres caractéristiques (p. ex. : environnement familial, caractéristiques démographiques); - présentent un outil qui évalue une problématique spécifique (p. ex. : attachement, consommation de cannabis, compétence parentale, qualité de l'environnement); - présentent un outil qui évalue la présence ou non de maltraitance/trauma; - Exclusion des articles qui décrivent : - l'adaptation langagière des outils dans une culture autre que celles des pays de l'OCDE.
TEMPS (TIMING)	2008-2019 inclusivement.	Documents publiés avant 2008.
LANGUE	Anglais et français.	Autres que l'anglais et le français.

2.1.3. Évaluation de la qualité méthodologique des études et publications retenues

La qualité méthodologique des études et publications retenues a été évaluée par une professionnelle scientifique à l'aide d'une grille d'évaluation de la qualité standardisée appropriée au devis d'étude et au type de publications.

- Pour les études à devis quantitatif : une adaptation de la grille *Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy* (STARD) [Korevaar *et al.*, 2016].
- Pour les études à devis qualitatif : la grille *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)* [Letts *et al.*, 2007].
- Pour les revues systématiques : la grille AMSTAR 2 [Shea *et al.*, 2017].
- Pour les lignes directrices et textes d'opinions d'experts : la liste de vérification *Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance* (AACODS) [Tyndall, 2008].

Mentionnons que 20 % des grilles d'évaluation de la qualité méthodologique remplies par les professionnelles scientifiques (IL, JB) ont fait l'objet d'une validation interjuges par la coordonnatrice scientifique.

2.1.4. Extraction des données

Les données suivantes ont été extraites pour l'ensemble des documents sélectionnés à l'aide du logiciel NVivo 12, par l'une des trois professionnelles au projet (IB, BM, JB) :

- le ou les auteurs;
- l'année de publication;
- le type d'étude;
- l'outil de dépistage utilisé;
- les caractéristiques de l'échantillon (âge, nombre, provenance);
- les résultats d'intérêt;
- la qualité méthodologique de l'étude.

Une validation interjuges de l'extraction des données a été réalisée par une professionnelle scientifique (IB) ou la coordonnatrice scientifique (ML) pour environ 20 % des documents retenus. Les tableaux d'extraction sont disponibles aux Annexes C à L.

2.1.5. Analyse, synthèse des données et appréciation de la preuve en appui aux recommandations

Les informations extraites des études et publications sélectionnées ont été analysées et traitées en fonction de chacune des questions d'intérêt. La synthèse de ces informations a conduit à la formulation des énoncés de preuve. Ceux-ci ont par la suite été soumis à un processus de gradation, qui tient compte 1) de la qualité méthodologique des études

et publications recensées; 2) de la cohérence des résultats obtenus; 3) de l'impact clinique, organisationnel ou social des résultats, et 4) de la transférabilité de ceux-ci à la population et au contexte québécois.

Au terme de ce processus, un niveau de preuve jugé élevé, modéré, faible ou insuffisant a été accordé à chacun des énoncés de preuve. Il est à noter que la grille de gradation de la preuve de l'INESSS, présentée aux Annexes C à L, est basée en grande partie sur celle élaborée en Australie par le *National Health and Medical Research Council* [2009].

2.2. Consultations auprès des parties prenantes

Des consultations auprès de différentes parties prenantes concernées par le dépistage des difficultés et retards liés au développement chez les enfants recevant des services en vertu de la LPJ ont été réalisées entre janvier et juin 2019, afin de recueillir des données contextuelles et expérientielles en lien avec les questions abordées dans le cadre du présent avis.

Des groupes de discussion et des entrevues individuelles, totalisant 65 participants, ont été menés auprès des parties prenantes suivantes :

- 8 jeunes adultes ayant reçu des services en vertu de la LPJ, recrutés par le biais du Centre Amitié, Ressources et Entraide pour la Jeunesse (CARE Jeunesse), du Réseau l'Intersection de Québec et du comité de jeunes ex-placés de l'*Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés* (EDJeP);
- 6 parents d'enfants ou de jeunes qui reçoivent des services en vertu de la LPJ, recrutés par le biais de l'Alliance des comités des usagers des centres jeunesse du Québec. Seuls des parents provenant d'une région en périphérie de Montréal ont été rencontrés dans le cadre de l'avis, malgré une sollicitation à l'échelle provinciale;
- 18 intervenants et 17 gestionnaires œuvrant auprès d'enfants et jeunes au sein de la Direction de la protection de la jeunesse et de la Direction du programme jeunesse, recrutés par le biais de la Table nationale de coordination des jeunes et leur famille;
- 16 intervenants et gestionnaires, dont 9 sont d'origine autochtone, œuvrant auprès d'enfants et jeunes des nations algonquine, atikamekw, innue et mohawk⁹, recrutés en collaboration avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

Une description des parties prenantes consultées ainsi que les thèmes abordés lors des consultations sont présentées de façon détaillée à l'Annexe M (Tableaux M.1 à M.5).

⁹ À noter que ce ne sont pas l'ensemble des communautés de chacune des nations mentionnées ci-contre qui ont pris part aux consultations. Ainsi, les propos rapportés par les représentants consultés ne peuvent être généralisés à l'ensemble des communautés.

2.2.1. Analyse des données issues des consultations

À partir des transcriptions de l'ensemble des consultations, les propos émis par les participants ont été analysés par une professionnelle de l'équipe projet (AG) entre juin et septembre 2019 à l'aide du logiciel NVivo 12. L'analyse inductive a été privilégiée afin d'analyser le contenu par thème [Patton, 2014]. Les propos des participants anglophones ont été traduits librement. Il est également à noter que lors des consultations, les intervenants, gestionnaires et jeunes adultes s'exprimaient dans un langage courant et utilisaient les termes « dépistage » et « évaluation » de façon interchangeable. Ils ont, par exemple, parlé d'« outils pour évaluer le développement », pour faire référence à des outils de dépistage, ou encore d'« évaluation du développement » pour traiter des difficultés et retards liés au développement. Bien que l'avis porte précisément sur le dépistage des difficultés et retards liés au développement, et non sur l'évaluation du développement, les termes utilisés par les parties prenantes ont été conservés tels quels dans les extraits cités dans le texte.

Les propos exprimés ont été classés selon les thèmes principaux suivants : 1) les pratiques actuelles, 2) les pratiques souhaitées, 3) les avantages du dépistage, 4) les inconvénients du dépistage, 5) les conditions organisationnelles, et 6) les suites du dépistage. Une analyse de chaque thème a été effectuée, premièrement par catégorie de répondant (source) et, deuxièmement, de manière transversale entre les catégories de répondants. Cette analyse a permis de croiser les différentes sources et de dégager des constats communs et des constats divergents entre les catégories de répondants consultés. Enfin, pour la présentation de cet avis, les données ont été regroupées selon les énoncés scientifiques formulés dans le cadre du projet.

2.2.2. Limites des consultations

Il importe de souligner quelques limites des consultations réalisées dans le cadre de cet avis. D'abord, les propos recueillis ne portaient pas uniquement sur le dépistage des difficultés et retards liés au développement, mais plus largement sur l'évaluation du développement. Ainsi, seuls les propos jugés applicables au dépistage par les professionnelles de l'INESSS ont été conservés.

De plus, en raison d'enjeux de faisabilité, il a été convenu de consulter des jeunes adultes ayant reçu antérieurement des services de protection de la jeunesse plutôt que des jeunes recevant actuellement des services. Conséquemment, les perspectives de ces derniers peuvent différer de celles des jeunes adultes consultés. Par ailleurs, les propos des jeunes adultes consultés, qui provenaient des régions de Montréal et de Québec, peuvent ne pas refléter les opinions de l'ensemble des jeunes recevant des services de la protection de la jeunesse au Québec.

De la même manière, bien que la sollicitation ait été faite auprès de l'ensemble des régions du Québec, seuls les parents provenant d'une région en périphérie de Montréal ont été consultés. Par conséquent, les propos recueillis peuvent ne pas traduire les variations interrégionales.

Enfin, les propos des intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants des Premières Nations ne reflètent pas nécessairement la réalité de l'ensemble des communautés autochtones au Québec.

2.3. Rencontres d'échange et de délibération auprès du comité de travail

Ainsi qu'il a été dit précédemment, les membres du comité ont accompagné l'équipe projet tout au long des travaux en fournissant une rétroaction sur l'ensemble des étapes. À l'étape du cadrage, les propos des membres du comité ont conduit à orienter le projet de façon plus spécifique vers les meilleures pratiques en dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ, au lieu de le centrer sur l'évaluation du développement, qui est plus large.

De plus, les membres du comité ont participé à l'élaboration des recommandations lors de séances de travail délibératives et d'exercices de cotation par voie électronique. Ils ont également contribué à mettre en lumière les aspects cliniques et organisationnels à considérer lors de la mise en œuvre des recommandations entourant le dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ.

Les membres du comité se sont rencontrés à six reprises entre juin 2018 et novembre 2019. Les propos tenus ont été enregistrés, transcrits, analysés et synthétisés en fonction des questions d'intérêt.

2.4. Formulation des recommandations

Les recommandations s'appuient sur l'ensemble des données recueillies, à savoir celles provenant 1) des études et publications recensées, desquelles découlent des énoncés de preuve, 2) des constats issus des consultations réalisées auprès des différentes parties prenantes, et 3) des propos tenus par les membres du comité de travail. À la lumière de toutes ces informations, des propositions de recommandations ont été soumises aux membres du comité de travail.

Ces recommandations ont été validées et bonifiées dans un processus itératif et délibératif par les membres du comité de travail. Ceux-ci ont également été invités à signifier par écrit s'ils étaient en accord ou non avec le contenu et la formulation des recommandations. Ils ont aussi eu pour tâche de proposer des éléments à prendre en compte pour assurer leur implantation.

Un consensus de 80 % et plus était visé et a été obtenu pour l'ensemble des recommandations. Il est à noter que malgré le fait que les membres du comité de travail délibèrent sur les recommandations produites, c'est l'INESSS qui assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de celles-ci.

2.5. Validation et autres contributions d'expertises

La méthodologie du projet et les résultats préliminaires ont été présentés aux membres du Comité d'excellence clinique (CEC) de la Direction des services sociaux (Jeunes, santé mentale, dépendances et itinérance) de l'INESSS. Les membres du comité, auquel siègent des médecins, des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, des gestionnaires, des chercheurs, des citoyens et une éthicienne, sont nommés dans les pages liminaires du document. Le CEC est un comité aviseur dont les membres contribuent par leurs connaissances et expertises à assurer la robustesse scientifique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des produits de l'INESSS.

De plus, le rapport préliminaire de l'avis a été révisé par les membres du comité de travail ainsi que par trois lecteurs externes. Les commentaires ont été analysés et, le cas échéant, intégrés au rapport final.

Les membres du panel d'utilisateurs de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale ont également contribué à différentes étapes du processus d'élaboration de l'avis. Ils ont été invités à se prononcer sur des éléments d'acceptabilité et d'applicabilité et ont apporté leur éclairage sur des enjeux et des préoccupations émergentes. Ils ont finalement partagé leurs connaissances des services et leur vécu expérientiel en lien avec le dépistage des difficultés et retards de développement des enfants recevant des services en protection de la jeunesse.

Le rapport préliminaire de l'avis a été révisé par trois lecteurs externes. Leurs commentaires ont été analysés et, le cas échéant, intégrés au rapport final.

3. SYNTHÈSE DES DONNÉES ET RECOMMANDATIONS

Les données colligées et analysées dans cet avis sont présentées, dans les prochaines sections, en fonction des constats ayant émergé des données de la littérature, des consultations auprès des parties prenantes et des propos exprimés par les membres du comité de travail. La séquence en est la suivante.

- a) Les **constats issus de la synthèse de la littérature** (voir les Annexes C à L pour consulter les tableaux d'extraction, les énoncés de preuve et la gradation de la preuve).
- b) La **synthèse des données issues des consultations réalisées auprès des parties prenantes**. Certains extraits des propos exprimés par les parties prenantes lors des consultations sont rapportés. Rappelons que les personnes consultées se sont exprimées dans un langage courant et ont utilisé de façon interchangeable les termes « évaluation » et « dépistage », même si ceux-ci se réfèrent à des concepts distincts. Les termes employés par les parties prenantes ont toutefois été conservés tels quels. De plus, par « intervenants et gestionnaires consultés », nous faisons référence aux personnes œuvrant autant à la Direction de la protection de la jeunesse et à la Direction du programme jeunesse qu'à celles œuvrant auprès d'enfants des Premières Nations.
- c) La **synthèse des propos tenus par les membres du comité de travail**.
- d) La **recommandation** (présentée dans un encadré), qui découle du processus de triangulation de l'ensemble des données recueillies.

NOTE IMPORTANTE

Bien que les recommandations soient présentées de façon séquentielle, elles sont interreliées et complémentaires. Par conséquent, elles doivent être considérées dans leur ensemble.

Afin d'illustrer cette vision globale, un tableau-synthèse de l'ensemble des recommandations est présenté à la p. 59.

3.1. Milieux où peuvent s'effectuer le dépistage

Les enfants et les jeunes qui reçoivent des services dans le cadre de la LPJ sont susceptibles d'avoir fait l'objet d'un dépistage dans différents milieux (services de garde éducatifs, scolaire, communautaire, de la santé et des services sociaux) avant leur entrée dans les services offerts par la protection de la jeunesse ou pendant ceux-ci. Par ailleurs, la mesure du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance [Gouvernement du Québec, 2014] à l'origine du présent avis, demande au DPJ de s'assurer d'utiliser un outil clinique auprès des jeunes recevant des services en protection de la jeunesse, dans une perspective de dépistage et afin de favoriser leur développement. Cette mesure interpelle donc directement le rôle des DPJ et le milieu de la protection de la jeunesse qui doit s'assurer d'intégrer l'utilisation d'outils de dépistage dans son processus d'intervention.

3.1.1. Données issues de la littérature

Selon les quatre études et publications portant sur cette question (constat 1 ; Annexe C, Tableau C.1), l'administration d'outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement par d'autres intervenants que ceux en protection de la jeunesse présenterait certains avantages, notamment de permettre de dépister un plus grand nombre d'enfants. À cet égard, l'étude de McCrae *et al.* [2011] rapporte que les professionnels en intervention précoce dépistent près du double d'enfants (0-3 ans) présentant des difficultés et retards liés au développement à l'aide de l'*Ages and Stages Questionnaires* (ASQ) et de l'*Ages and Stages Questionnaires : Social-Emotional* (ASQ : SE) que les travailleurs sociaux œuvrant en protection de la jeunesse (49 % c. 27 %) à l'aide du même outil. De même, les propos d'intervenants en protection de la jeunesse rapportés dans la littérature indiquent que l'administration des outils de dépistage par un intervenant en petite enfance ou par un professionnel spécialisé en santé mentale permettrait d'assurer une plus grande objectivité et équité pour les enfants recevant des services en protection de la jeunesse et de réduire les délais d'accès à une évaluation et une intervention précoce.



Le niveau de preuve soutenant les avantages à ce que le dépistage soit effectué par un intervenant autre que celui en protection de la jeunesse est faible (Annexe C, Tableaux C.2 et C.3).

3.1.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

Les intervenants et les gestionnaires consultés considèrent généralement que le dépistage est une responsabilité partagée entre différents acteurs en contact avec l'enfant ou le jeune. Selon eux, il devrait être réalisé soit par une personne externe à la protection de la jeunesse (p. ex. : médecin, infirmière, éducatrice en service de garde), soit par un intervenant d'une équipe dédiée à l'évaluation du développement.

Les intervenants ont également mentionné que certains parents, enfants et jeunes seraient probablement plus à l'aise de participer à un dépistage si celui-ci était réalisé dans un service de première ligne (p. ex. : centre local de services communautaires (CLSC), groupe de médecine familiale (GMF)) plutôt que dans le cadre d'un service en protection de la jeunesse. Les jeunes adultes consultés considèrent, pour leur part, que le dépistage devrait être un service universel et systématique pour tous les enfants et jeunes recevant des services en protection de la jeunesse, puisque tous les jeunes ont des besoins liés à leur développement.

« Tous les jeunes devraient avoir une forme d'évaluation dans leur vie. L'évaluation du développement devrait se faire en première ligne avant d'entrer dans les services [de la protection de la jeunesse], de manière ciblée, de façon préventive, pour tous les enfants en situation de vulnérabilité qui reçoivent des services sociaux. »

3.1.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

Les membres du comité de travail ont insisté sur le fait que le dépistage des enfants et jeunes recevant des services en vertu de la LPJ n'est pas la responsabilité exclusive de la DPJ, mais plutôt une responsabilité qui doit être partagée entre les différents intervenants qui offrent des services aux enfants et à leur famille, peu importe leur secteur d'intervention. Les membres du comité soulignent que de nombreux contextes d'intervention peuvent représenter des occasions d'observer le développement d'un enfant ou d'un jeune. Ils affirment que le dépistage devrait se réaliser dans une perspective préventive et donc se dérouler le plus tôt possible dans la vie de l'enfant, et de façon périodique dans le cadre du suivi du développement pour les enfants les plus vulnérables. À cet égard, on rapporte qu'il serait souhaitable que le dépistage soit effectué par des services de première ligne, et qu'une prise en charge soit offerte aux enfants et jeunes qui présentent des difficultés et retards liés au développement et à leur famille.

Pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, l'implantation actuelle du programme Agir tôt à travers le Québec a été mentionnée à plusieurs reprises par les membres du comité de travail comme un moyen pour faciliter le dépistage. Ces derniers ont soulevé l'importance que la plateforme informatique de ce programme permette de partager de façon fluide des informations entre les intervenants œuvrant auprès de l'enfant et de sa famille.

Afin d'éviter la répétition inutile d'un dépistage pour un même enfant, les membres du comité proposent que l'intervenant en protection de la jeunesse ait la responsabilité de vérifier si un dépistage a déjà été réalisé auprès de l'enfant ou du jeune par des partenaires ou collègues dans le cadre d'autres services reçus (p. ex. : services de garde, milieu scolaire, services de première ligne mission CLSC, etc.) et d'en tenir compte, le cas échéant. Enfin, ils ont précisé que la responsabilité de l'intervenant en protection de la jeunesse n'était pas nécessairement d'effectuer le dépistage, mais plutôt de s'assurer que celui-ci a été ou est réalisé au moment opportun.

3.1.4. Recommandation

Le présent mandat est en lien avec la mesure du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 *Mobilisés et engagés pour prévenir l'itinérance*, lequel requiert que le DPJ s'assure qu'un dépistage soit effectué auprès des enfants et des jeunes recevant des services en protection de la jeunesse. Sur la base des données et informations recueillies, l'INESSS émet la recommandation suivante :

RECOMMANDATION 1

Étant donné que l'enfant ou le jeune recevant des services en protection de la jeunesse est susceptible d'avoir fait l'objet d'un dépistage des difficultés et retards liés à son développement ou d'une évaluation liée au développement dans d'autres milieux (ex. : service de garde, établissement scolaire, groupe de médecine familiale, services de première ligne mission CLSC), l'intervenant en protection de la jeunesse doit s'assurer que le dépistage des difficultés et retards liés au développement de chaque enfant et jeune qui reçoit des services en vertu de la LPJ est réalisé¹⁰.

- 1) L'intervenant en protection de la jeunesse doit d'abord vérifier si un dépistage ou une évaluation liée au développement a déjà été réalisé auprès de l'enfant ou du jeune par un intervenant/partenaire.
- 2) Si un dépistage ou une évaluation liée au développement a déjà été réalisé, l'intervenant doit prendre en compte les résultats s'ils ont été obtenus dans la dernière année.
- 3) Si un dépistage ou une évaluation liée au développement n'a pas déjà été réalisé, l'intervenant doit procéder au dépistage ou s'assurer qu'un autre intervenant ou partenaire effectue ce dépistage.

3.2. Utilisation d'un outil de dépistage pour identifier les difficultés et retards liés au développement

La question d'intérêt ici est de savoir dans quelle mesure l'utilisation d'un outil de dépistage conçu à cette fin permet d'identifier un plus grand nombre d'enfants et de jeunes comme ayant des difficultés et retards liés au développement, comparativement à une identification reposant uniquement sur le jugement clinique. Il est également d'intérêt

¹⁰ Les questions du moment du dépistage dans le cadre du processus d'intervention en protection de la jeunesse et de la fréquence du dépistage sont abordées spécifiquement aux sections 3.6 et 3.7, respectivement (p. 41 et p. 44).

de savoir si l'utilisation d'un outil de dépistage présente d'autres avantages cliniques ou encore des inconvénients.

3.2.1. Données issues de la littérature

L'utilisation d'un outil de dépistage est une pratique recommandée dans différentes lignes directrices, tant auprès d'enfants et de jeunes de la population générale qu'auprès d'enfants et de jeunes recevant des services en protection de la jeunesse, dont celles de l'*American Academy of Pediatrics* et du *Center for the Study of Social Policy* [Center for the Study of Social Policy, 2018; Council on Foster Care *et al.*, 2015; Szilagyi *et al.*, 2015; Weitzman *et al.*, 2015; Committee on Adolescence, 2011; American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health, 2009].

Impact de l'utilisation d'un outil sur le taux de dépistage (constat 2)

Les huit études abordant cette question (Annexe D, Tableau D.1), à l'exception d'une seule [Chitsabesan *et al.*, 2014], indiquent que le nombre d'enfants ou jeunes identifiés avec des difficultés et retards liés au développement est plus élevé lorsque le dépistage est réalisé à l'aide d'un outil conçu à cette fin, comparativement à une identification basée uniquement sur la perception de l'intervenant. Ces résultats sont observables, peu importe l'outil utilisé, les sphères de développement considérés, la population étudiée ou le devis de l'étude. Les études mentionnent que les taux de dépistage sont de 12 % à 39 % supérieurs lorsqu'un outil de dépistage est utilisé et ont même doublé et triplé dans certains cas. Ces résultats ont été observés autant chez des enfants et des jeunes recevant des services en protection de la jeunesse que parmi ceux de la population générale.



Le niveau de preuve associé à l'augmentation du nombre d'enfants identifiés avec des difficultés ou retards liés au développement lorsque le dépistage est réalisé à l'aide d'un outil conçu à cette fin, comparativement à l'identification basée uniquement sur la perception de l'intervenant est élevé (Annexe D, Tableaux D.2 et D.3).

Avantages associés à l'utilisation d'un outil de dépistage (constat 3)

Selon les 17 études et publications retenues (Annexe D, Tableau D.4), l'utilisation d'un outil de dépistage des difficultés et retards liés au développement est associée à de nombreux avantages, tels que :

- d'identifier de façon précoce les enfants et les jeunes à haut risque de présenter des difficultés nécessitant une évaluation plus approfondie et susceptibles de bénéficier d'une intervention;
- de mieux connaître le jeune en abordant un ensemble d'aspects/comportements pertinents qui auraient pu être ignorés ou oubliés;
- de structurer le dépistage de manière objective en mettant en lumière les sphères de développement à surveiller, les besoins ainsi que les forces de l'enfant ou du jeune;
- de susciter la discussion et d'optimiser le temps de rencontre avec l'enfant ou le jeune et le parent;
- de développer un langage commun entre les participants (jeune, parent, intervenant);
- de soutenir l'élaboration du plan d'intervention en déterminant des objectifs spécifiques et précis, propres à chaque jeune;
- d'effectuer un suivi du développement du jeune et de mettre en valeur de façon objective les progrès réalisés;
- d'évaluer les effets de certains programmes ou services;
- d'assurer une meilleure utilisation des ressources spécialisées.



L'utilisation d'un outil de dépistage conçu à cette fin présente plusieurs avantages, et ce, peu importe l'âge des enfants ou l'outil de dépistage utilisé. Le niveau de preuve quant aux avantages découlant de l'utilisation d'un outil de dépistage est modéré (Annexe D, Tableaux D.5 et D.6).

Limites ou inconvénients associés à l'utilisation d'un outil de dépistage (constat 4)

Les 14 études et publications recensées mettent en lumière, selon la perspective des intervenants et des parents, diverses limites ou inconvénients inhérents à l'utilisation d'un outil de dépistage (Annexe D, Tableaux D.7). Ainsi, les propos des parents et des intervenants rapportés dans les études indiquent que l'utilisation d'un outil de dépistage, comparativement au jugement clinique ou à une évaluation globale du développement, présenterait certains inconvénients ou limites, dont :

- ne pas permettre d'avoir un portrait complet et détaillé de l'ensemble des difficultés pouvant être vécues par l'enfant ou le jeune recevant des services en vertu de la LPJ;

- ne pas tenir compte de la complexité et de la nature dynamique du développement;
- être culturellement inappropriée;
- identifier faussement un enfant ou un jeune comme présentant des difficultés ou retards (faux positifs);
- ne pas identifier un enfant ou un jeune qui présente des difficultés ou des retards (faux négatifs), qui pourrait bénéficier de services d'intervention précoce;
- être basée sur des échelles de réponse qui peuvent être restrictives ou qui ne laissent pas suffisamment de place à la nuance;
- limiter la validité des résultats, car elle dépend des informations transmises par un seul répondant (jeune ou parent);
- contenir des formulations difficiles à comprendre pour certains répondants;
- provoquer un inconfort ou des sentiments négatifs chez les répondants;
- être stigmatisante pour les répondants;
- utiliser les résultats du dépistage à une fin administrative (p. ex. : pour déterminer l'admissibilité à des programmes d'intervention);
- être perçue par l'intervenant comme une simple exigence administrative.



Le niveau de preuve quant aux limites et inconvénients associés à l'utilisation d'un outil de dépistage est faible (Annexe D, Tableaux D.8 et D.9).

3.2.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

Utilisation d'un outil de dépistage conçu à cette fin

Selon les informations recueillies auprès des intervenants et gestionnaires consultés dans le cadre des travaux, le dépistage des difficultés et retards liés au développement, à l'aide d'un outil conçu à cette fin, n'est pas une pratique courante. Les pratiques de dépistage varieraient d'un établissement à l'autre en fonction, notamment, de l'âge des enfants et de la disponibilité des ressources.

En effet, pour les enfants âgés de moins de 5 ans, la majorité des répondants considèrent que le dépistage, à l'aide d'un outil conçu à cette fin, est une priorité afin de pouvoir orienter le plus tôt possible les enfants qui ont des besoins vers des services adéquats. Pour ceux de 6 ans et plus, le dépistage des difficultés et retards liés au développement n'est pas perçu par tous comme une nécessité. Certains intervenants et gestionnaires sont d'avis que le dépistage par les intervenants de la DPJ n'est pas requis pour les enfants de ce groupe d'âge, puisqu'il se fait déjà du dépistage en milieu scolaire. Les répondants ont également mentionné que les outils de dépistage destinés aux enfants âgés de 6 ans et plus et aux jeunes sont beaucoup moins connus et peu utilisés.

par les intervenants en protection de la jeunesse que ceux destinés aux enfants âgés de 5 ans et moins.

Par ailleurs, l'utilisation d'un outil de dépistage serait tributaire de la disponibilité des ressources. Selon les propos recueillis, les outils de dépistage seraient utilisés sur une base régulière dans les établissements qui disposent d'équipes dédiées à l'évaluation du développement des enfants. Le dépistage se fait alors par un membre de l'équipe en collaboration avec un intervenant de la protection de la jeunesse de l'équipe œuvrant à l'étape « Évaluation de la situation de l'enfant », « Orientation - Choix des mesures de protection » et « Mise en place des mesures de protection » (application des mesures). Dans les établissements ne disposant pas de telles ressources, l'intervenant se sert généralement de son jugement clinique pour identifier les enfants et jeunes qui nécessitent un dépistage des difficultés et retards liés à leur développement de même que les circonstances et situations où l'utilisation d'un outil est souhaitable.

La plupart des jeunes adultes et des parents consultés ont rapporté qu'ils ne se souvenaient pas d'avoir participé à une activité de dépistage ou à une évaluation formelle du développement lorsqu'ils recevaient des services en protection de la jeunesse, à l'exception des jeunes placés en familles d'accueil ayant fait l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'approche SOCEN¹¹, ou ayant participé à un projet de recherche lors d'un hébergement en centre de réadaptation. Les jeunes et les parents consultés se souviennent néanmoins d'avoir participé à des évaluations visant surtout à identifier des problèmes de comportement, de santé mentale ou d'autres difficultés.

Enfin, il serait opportun selon certains gestionnaires et intervenants de disposer d'un outil de dépistage commun au niveau provincial pour chacun des groupes d'âge. Cela favoriserait l'harmonisation des pratiques et un accès équitable au dépistage dans toutes les régions.

« Dans le meilleur des mondes, on aurait un outil commun, dans toutes les régions, pour qu'on soit capable de parler le même langage. Je trouve inacceptable que d'une région à l'autre on n'ait pas les mêmes ressources, les mêmes services. Dans le meilleur des mondes, on aurait une équité. »

Avantages liés à l'utilisation d'un outil de dépistage

Bien que le recours aux outils de dépistage ne soit pas pratique courante, toutes les parties prenantes consultées y voient plusieurs avantages. Selon eux, l'utilisation d'un outil de dépistage conçu à cette fin permet de :

- avoir un portrait sommaire des difficultés et forces du jeune;
- sensibiliser les parents aux difficultés vécues par l'enfant ou le jeune;
- orienter les interventions en fonction des difficultés identifiées;

¹¹ L'approche SOCEN, traduction et adaptation québécoises de *Looking After Children* (LAC), est destinée aux enfants placés et vise principalement leur développement optimal et leur résilience [Poirier et al., 2015].

- bénéficier de l'effet préventif d'un dépistage et d'une intervention précoce ;
- faciliter le processus de référence vers les services d'évaluation du développement ou les services spécialisés;
- mobiliser les parents et les jeunes dans le processus d'évaluation et d'intervention;
- appuyer le jugement clinique de l'intervenant par une analyse structurée basée sur l'utilisation d'un outil validé;
- parler le même langage, avoir une vision commune du développement de l'enfant ou du jeune.

Enfin, pour les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants et jeunes des Premières Nations consultés, l'utilisation d'un outil de dépistage qui soit culturellement adapté permettrait également de mieux identifier les besoins des enfants et des jeunes des communautés et de mieux planifier l'offre locale de services pour y répondre.

Limites et inconvénients liés à l'utilisation d'un outil de dépistage

En contrepartie, les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants et jeunes des Premières Nations consultés ont aussi mentionné certaines limites liées à l'utilisation des outils de dépistage, telles que :

- occasionner la stigmatisation et l'étiquetage de l'enfant ou du jeune;
- générer un résultat qui peut être interprété ou utilisé de manière erronée;
- requérir du temps pour la réalisation du dépistage et pour assurer la référence ainsi que l'arrimage entre les services;
- avoir des effets négatifs sur l'enfant, le jeune ou le parent (p. ex. : diminuer l'estime de soi, se sentir jugé).

« Quand on interprète les résultats, il faut aussi faire attention justement [de ne pas] associer des causes qui ne le sont pas. Par exemple, on évalue qu'il y a un écart de développement, on met la faute sur la stimulation que le parent n'a pas donnée. Finalement, on se rend compte que cet enfant-là a un diagnostic qui n'a jamais été posé. Pour le parent, se faire reprocher ce qu'il n'a pas fait ou mal fait, pis finalement on se rend compte que ça appartenait aux caractéristiques de l'enfant, pis on n'a pas été en mesure de le savoir à l'époque. Ça peut aussi être dommageable pour la suite des interventions qu'on va faire. »

De leur côté, les jeunes adultes et parents consultés ont rapporté que l'utilisation d'un outil de dépistage était susceptible de :

- susciter le désengagement du jeune (refuser de participer, donner des réponses volontairement erronées) quand le but de l'évaluation n'est pas compris ou lorsque le jeune ne se sent pas respecté ou informé;

- générer un résultat qui peut être interprété ou utilisé de manière défavorable pour le parent ou le jeune;
- être perçu comme une démarche administrative, réalisée pour atteindre des objectifs concernant l'intervenant, et non pour le bien-être de l'enfant ou du jeune.

3.2.1 Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

Les membres du comité de travail ont affirmé qu'il était nécessaire de dépister les difficultés et retards liés au développement auprès de l'ensemble des enfants et jeunes recevant des services en vertu de la LPJ en raison des vulnérabilités qu'ils présentent. Bien que les membres perçoivent le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans comme particulièrement important, ils ont soulevé le fait que le développement ne s'arrêtait pas à 5 ans et que, par conséquent, il est tout aussi important de se soucier du développement des enfants d'âge scolaire et des jeunes.

Les membres du comité sont également d'avis qu'il est nécessaire que les intervenants en protection de la jeunesse s'appuient sur des outils de dépistage validés pour identifier les enfants et les jeunes exigeant des évaluations et services plus approfondis. Dans une optique préventive, ils ont avancé l'idée que les faux positifs, c'est-à-dire les enfants et les jeunes identifiés par un outil comme présentant de possibles difficultés et retards liés à leur développement, alors qu'ils n'en manifestent pas réellement, sont préférables à une sous-identification. Toutefois, la perception voulant que le recours à un outil de dépistage ajoute à la tâche habituelle de l'intervenant pourrait freiner son utilisation, selon les membres du comité.

3.2.2 Recommandation

Sur la base des données et informations recueillies, l'INESSS émet la recommandation suivante.

RECOMMANDATION 2

Le dépistage réalisé à l'aide d'un outil conçu à cette fin permet d'identifier un plus grand nombre d'enfants et de jeunes avec des difficultés et retards liés au développement, comparativement à une identification basée uniquement sur la perception de l'intervenant. De plus, les avantages à utiliser un tel outil sont nombreux et plus importants que les inconvénients.

Par conséquent, un outil de dépistage conçu à cette fin doit être utilisé pour dépister et faire le suivi des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ.

3.3. Sphères de développement qui doivent faire l'objet d'un dépistage

La littérature et les parties prenantes consultées indiquent qu'une attention particulière est généralement accordée au développement des enfants de 0 à 5 ans. Les sources consultées mentionnent également que le développement se poursuit au-delà de cet âge. Ainsi, les compétences développementales à acquérir varient en fonction de l'âge des enfants, tout comme les cibles du dépistage.

3.3.1. Données issues de la littérature

Les 11 études scientifiques et publications retenues (constat 5 ; Annexe E, Tableau E.1) indiquent que les sphères de développement à considérer selon l'âge des enfants sont les suivantes :

- 0-5 ans : développement global (sphères socioémotionnelle, motrice, langagière et cognitive);
- 6-12 ans : développement global, en portant une attention particulière à la sphère socioémotionnelle, à l'état de santé mentale et au fonctionnement psychosocial;
- 13-18 ans : développement global, en portant une attention particulière à la sphère socioémotionnelle, à l'état de santé mentale, au fonctionnement psychosocial et à l'utilisation de substances psychoactives¹².

En ce qui concerne les enfants et jeunes recevant des services en protection de la jeunesse, la littérature indique qu'une attention particulière devrait également être portée aux expériences traumatiques et aux difficultés d'attachement.



Le niveau de preuve quant aux différentes sphères de développement à considérer selon l'âge des enfants lors du dépistage est modéré (Annexe E, Tableaux E.2 et E.3).

3.3.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

À l'heure actuelle en protection de la jeunesse, selon les intervenants et les gestionnaires consultés dans le cadre de nos travaux, le dépistage à l'aide d'un outil conçu à cette fin, lorsqu'il est effectué, est avant tout centré sur les difficultés comportementales des jeunes. À leur point de vue, les dimensions importantes à évaluer devraient aller au-delà des difficultés comportementales, et les cibles du dépistage devraient varier selon l'âge des enfants. D'ailleurs, le Cadre de référence sur l'application des mesures en protection de la jeunesse [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2019] souligne que le concept de protection est défini par la réponse

¹² Incluant la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites, médication prescrite ou non-prescrite.

aux besoins fondamentaux de l'enfant et du jeune, et qu'il s'avère ainsi crucial d'évaluer leur développement pour vérifier s'il correspond bien à un développement normal.

De l'avis des intervenants et gestionnaires consultés, les dimensions importantes à considérer pour les enfants âgés de 0 à 5 ans concernent le développement global. Dans le cas des enfants âgés de 6 à 12 ans, le développement socioémotionnel, et plus particulièrement l'attachement et l'estime de soi, sont des dimensions particulièrement influentes à évaluer. Pour les jeunes, la planification du passage à la vie adulte revêt une importance particulière.

Selon les jeunes adultes consultés ayant reçu des services en protection de la jeunesse, les dimensions du développement à considérer sont l'attachement, le développement socioémotionnel, l'estime de soi, les relations avec les pairs, l'identité et l'intégration sociale, la sexualité/l'orientation sexuelle et le développement de l'autonomie.

3.3.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

Les membres du comité de travail ont fréquemment rapporté l'importance de porter attention au développement global des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ au-delà de la petite enfance (0 à 5 ans).

En concordance avec les écrits scientifiques, ils soulignent également l'importance de prendre en compte les difficultés liées aux expériences traumatiques et à l'attachement chez les enfants et jeunes qui reçoivent des services en vertu de la LPJ. Les membres du comité de travail ont souligné le fait que compte tenu de la vulnérabilité de ces enfants, il peut également être indiqué, dans le contexte d'une évaluation globale du développement, de considérer les dimensions suivantes : l'attachement, l'estime de soi, les symptômes liés au trauma, l'identité, la santé et l'identité sexuelle, l'intégration sociale et l'autonomie en prévision de la transition à la vie adulte.

Il est à noter que bien que les parties prenantes consultées aient souligné l'importance de différentes dimensions du développement à examiner chez les enfants et les jeunes en protection de la jeunesse, celles qui ne s'inscrivaient pas dans une perspective de dépistage des difficultés ou retards liés au développement n'ont pas été retenues. La pertinence d'évaluer ces dimensions relève, par conséquent, du jugement clinique de l'intervenant.

3.3.4. Recommandation

Sur la base des données et informations recueillies, l'INESSS émet la recommandation suivante.

RECOMMANDATION 3

Au-delà des besoins de protection, le développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ devrait fait l'objet d'une attention constante.

En ce qui concerne plus spécifiquement le dépistage des difficultés et retards liés au développement, et en conformité avec les lignes directrices recensées, il devrait porter sur :

- le développement socioémotionnel, langagier, moteur et cognitif, pour les enfants âgés de 0-5 ans;
- le développement socioémotionnel, l'état de santé mentale et le fonctionnement psychosocial, pour les enfants âgés de 6-12 ans;
- le développement socioémotionnel, l'état de santé mentale, le fonctionnement psychosocial et l'utilisation de substances psychoactives, pour les jeunes âgés de 13-18 ans.

3.4. Outils de dépistage à privilégier

Il existe plusieurs outils de dépistage visant à identifier les difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes. Le mandat confié à l'INESSS par le MSSS visait donc à soutenir les milieux de pratique dans le choix de ces outils de dépistage en s'appuyant sur des critères valides.

3.4.1. Données issues de la littérature

La recension des écrits réalisée dans le cadre de cet avis a permis d'identifier 19 outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement auprès d'enfants et de jeunes.

Pour être **sélectionnés, les outils devaient** :

- être conçus pour dépister des difficultés et retards liés au développement;
- couvrir au moins deux sphères de développement;
- pour les outils conçus spécifiquement pour les enfants âgés de 0 à 5 ans : avoir fait l'objet d'une validation auprès d'enfants sous la protection de la jeunesse;
- pouvoir être administrés par un intervenant en protection de la jeunesse.

Ainsi, les outils qui présentaient les caractéristiques suivantes **n'ont pas été retenus et ne sont pas rapportés** dans le cadre de cet avis :

- outils qui sont utilisés uniquement dans le cadre d'un processus médical de surveillance du développement (p. ex. : l'outil ABCdaire) ou dans le but d'établir un diagnostic;
- outils de dépistage couvrant une seule sphère de développement (p. ex. : développement du langage) ou une seule problématique (p. ex. : toxicomanie, autisme);
- outils de dépistage dont l'utilisation est réservée à un médecin ou un membre d'un autre ordre professionnel (p. ex. : infirmière, psychoéducatrice, travailleuse sociale), ou versions de l'outil conçues spécifiquement pour le milieu scolaire.

Les qualités psychométriques que doivent présenter les outils de dépistage et les caractéristiques visant à favoriser leur acceptabilité auprès des parties prenantes ainsi que leur applicabilité dans un contexte d'intervention en protection de la jeunesse ont été déterminées à partir des lignes directrices, des textes d'opinion d'experts et des études qualitatives ou mixtes réalisées auprès d'intervenants et de parents recensés.

Ainsi, selon les 14 études scientifiques et publications retenues (constat 6 ; Annexe F, Tableau F.1), les outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement à privilégier doivent comporter des instructions de passation claires, être brefs, faciles d'utilisation, ne nécessiter que peu de matériel et de formation et être peu coûteux. Les outils de dépistage devraient aussi être attrayants pour le jeune, le parent et l'intervenant. Ceux permettant de documenter les forces de l'enfant sont à privilégier par rapport aux outils mettant seulement l'accent sur les difficultés, et ils sont davantage appréciés par les parents. Les outils de dépistage culturellement sensibles, disponibles dans d'autres langues que l'anglais seraient également à privilégier.

Enfin, les lignes directrices recensées considèrent que les outils de dépistage possédant des qualités psychométriques adéquates doivent présenter une sensibilité et une spécificité plus grandes ou égales à 0,70. À cet égard, Levitt [2009] propose de privilégier les outils ayant une sensibilité élevée pour les problèmes intériorisés, de façon à réduire les faux négatifs, et une spécificité élevée pour les problèmes extériorisés, afin de limiter le nombre de faux positifs et d'évaluations diagnostiques subséquentes inutiles.

Les 19 outils de dépistage sélectionnés ont été décrits en fonction de ces caractéristiques à l'Annexe N. Des fiches descriptives détaillées de chacun des outils sont également présentées à l'Annexe O.



Le niveau de preuve quant aux caractéristiques des outils de dépistage à privilégier est modéré (Annexe F, Tableaux F.2 et F.3).

3.4.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

Lors des consultations, les intervenants et les gestionnaires ont mentionné avoir besoin d'être mieux informés et guidés dans le choix des outils de dépistage à utiliser auprès des enfants de tous les groupes d'âge, et plus particulièrement pour les enfants d'âge scolaire et les jeunes. Pour les moins de 6 ans, certains répondants ont dit utiliser la Grille d'évaluation du développement (GED) et l'*Ages and Stages Questionnaires* (ASQ).

En concordance avec les caractéristiques identifiées dans la littérature, les outils de dépistage à privilégier devaient présenter les caractéristiques suivantes, selon les parties prenantes consultées :

- être scientifiquement validés;
- être faciles et simples à utiliser;
- avoir une courte durée d'administration (p. ex. : 15 min);
- être culturellement sensibles/adaptés aux communautés autochtones et aux minorités culturelles (langue et aspects culturels);
- être adaptés à l'âge et aux capacités du jeune, selon son niveau de compréhension, son style d'apprentissage et sa capacité d'introspection.

« Vous devez individualiser ces évaluations... Certains de ces tests n'ont pas de sens pour l'enfant si vous utilisez des mots qu'il n'utilise pas dans sa vie quotidienne. »

Les jeunes adultes consultés ont aussi souligné l'importance que l'outil ne soit pas centré uniquement sur leurs difficultés et leurs problèmes, mais également sur leurs forces et capacités.

Pour leur part, les intervenants et les gestionnaires ont relevé l'importance d'avoir un outil peu coûteux et nécessitant peu de formation. Selon eux, l'outil devrait également aider à identifier les enfants et jeunes qui doivent être dirigés vers des services d'évaluation du développement ou des services spécialisés.

3.4.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

La littérature consultée rapporte que de nombreuses caractéristiques peuvent être considérées afin de faire un choix judicieux des outils visant à dépister les difficultés et retards liés au développement. Toutefois, la recension de la littérature n'a pas permis de déterminer clairement lesquelles sont indispensables pour déterminer les outils de dépistage à recommander dans le cadre de notre mandat. Devant cette difficulté, un exercice de priorisation a été fait auprès des membres du comité de travail dans le but d'identifier les caractéristiques que devaient obligatoirement présenter les outils de dépistage pour être l'objet d'une recommandation.

Pour ce faire, les membres du comité ont été invités à se prononcer sur l'importance qu'ils accordaient aux caractéristiques identifiées dans la littérature à l'aide d'une échelle Likert en trois points (« peu ou pas importante », « importante, mais non indispensable », « indispensable »).

Globalement, cet exercice de priorisation a permis de mettre en lumière quatre caractéristiques considérées comme indispensables¹³ pour recommander un outil, soit :

- avoir des propriétés psychométriques adéquates (sensibilité et spécificité > 0,70);
- faire ressortir non seulement les difficultés de l'enfant, mais également ses forces;
- avoir des instructions d'administration et de cotation claires;
- être disponible en français et en anglais.

D'autres caractéristiques ont quant à elles été jugées de moindre importance par les membres du comité, à savoir :

- être bref;
- ne pas requérir de matériel de passation particulier;
- ne pas requérir de formation pour assurer la passation;
- ne pas requérir de qualification professionnelle pour assurer la passation;
- être peu coûteux;
- être attrayant pour le jeune, le parent et l'intervenant;
- présenter une sensibilité élevée pour les problèmes intériorisés et une spécificité élevée pour les problèmes extériorisés;
- avoir été validé auprès d'une population d'enfants en protection de la jeunesse;
- avoir été validé auprès des communautés autochtones ou ethnoculturelles;
- avoir été recommandé dans des lignes directrices reconnues;
- avoir déjà été utilisé en protection de la jeunesse.

3.4.4. Recommandation

Dans le cadre de cette démarche (voir la section 2.1 pour un rappel des critères de sélection), l'INESSS émet la recommandation suivante concernant les outils de dépistage sélectionnés, à utiliser pour identifier les difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ. Il est à noter que les noms anglophones des outils recommandés ont été conservés puisqu'ils sont largement connus et utilisés dans les milieux cliniques. Toutefois, tous les outils de dépistage recommandés sont disponibles en français.

¹³ Une autre caractéristique a été jugée indispensable, à savoir « outil facile à remplir pour le répondant ». Puisque cette caractéristique est difficilement opérationnalisable, elle n'a pas été considérée dans le cadre du présent avis pour déterminer les outils de dépistage à recommander. Elle a toutefois été documentée dans les fiches-synthèses des outils de dépistage, qui se retrouvent à l'Annexe O.

RECOMMANDATION 4

Les outils de dépistage à utiliser doivent présenter les caractéristiques jugées indispensables suivantes :

- avoir des propriétés psychométriques adéquates (sensibilité et spécificité > 0,70);
- faire ressortir non seulement les difficultés de l'enfant, mais également ses forces;
- avoir des instructions d'administration et de cotation claires;
- être disponibles en français et en anglais.

R4.1 Sur la base des informations recueillies dans le cadre du présent avis, les outils de dépistage qui présentent les caractéristiques jugées indispensables sont, pour les enfants âgés de **0-5 ans** :

- *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA);
 - *Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5* (CBCL 1 ½-5)
- *Ages and Stages Questionnaires* (ASQ-3) ;
- *Ages and Stages Questionnaires : Social-Emotional* (ASQ:SE-2) ;
- *Behavior Assessment System for Children* (BASC-3);
 - Questionnaire des parents – préscolaire (2-5 ans)
- Brigance - Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans (Version 3) ;
- *Parents' Evaluation of Developmental Status* (PEDS);
- *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ).

R4.2 Sur la base des informations recueillies dans le cadre du présent avis, les outils de dépistage qui présentent les caractéristiques jugées indispensables sont, pour les enfants et jeunes âgés de **6-18 ans** :

- *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA);
 - *Child Behavior Checklist for Ages 6-18* (CBCL/6-18)
 - *Youth Self-Report for Ages 11-18* (YSR/11-18)
- *Behavior Assessment System for Children* (BASC-3);
 - Questionnaire des parents – enfants (6-11 ans)
 - Questionnaire des parents – adolescents (12-21 ans)

- Auto-évaluation de l'enfant (6-7 ans)
- Auto-évaluation de l'enfant (8-11 ans)
- Auto-évaluation de l'adolescent (12-21 ans)
- Dominique Interactif (6-11 ans / 12-16 ans)
- *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ).

NOTE : D'autres outils de dépistage pourraient s'ajouter aux outils recommandés en R4.1 et R4.2 si la présence des quatre caractéristiques jugées indispensables était démontrée (R4).

3.5. Outils de dépistage à privilégier auprès des enfants et jeunes autochtones

Différentes études québécoises, canadiennes et internationales font état de la surreprésentation des enfants et jeunes autochtones¹⁴ à chacune des étapes des services de protection de la jeunesse [Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2016; Breton *et al.*, 2012]. Or, comme il a été rapporté précédemment, l'utilisation d'outils de dépistage qui ne tiennent pas compte des aspects culturels, linguistiques et sociaux est susceptible de compromettre la validité des résultats. Il convenait donc de vérifier dans quelle mesure les outils de dépistage disponibles étaient adaptés aux enfants et jeunes autochtones recevant des services en vertu de la LPJ.

3.5.1. Données issues de la littérature

Normes du développement établies auprès d'enfants et de jeunes issus de la population générale ou de communautés autochtones (constat 7)

Selon les cinq études scientifiques recensées (Annexe G, Tableau G.1), le rythme d'acquisition des compétences développementales des enfants autochtones âgés de 0 à 7 ans diffère de celui observé dans la population générale. Par exemple, l'étude canadienne de Findlay *et al.* [2014], réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de 0 à 6 ans provenant des communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits vivant hors communauté, démontre que 90 % des enfants autochtones sont capables de courir avant l'âge de 17 à 18 mois, comparativement à 20 % seulement de ceux de la population générale. À l'inverse, les enfants de la population générale disent leur premier mot à un âge plus précoce (entre 5 et 12 mois) que les enfants autochtones (entre 6 et 23 mois). De plus, d'autres études indiquent que le rythme d'acquisition des compétences développementales peut varier d'une communauté autochtone à l'autre. Par exemple, 90 % des enfants innus ont acquis l'habileté sociale relative au tour de parole à l'âge de 30 mois. Cette habileté est acquise

¹⁴ Dans ce document, les termes « autochtone », « Premières Nations » sont utilisés selon les références et les groupes concernés dans les études consultées.

à 27 mois chez les enfants métis et à 25 mois chez ceux des Premières Nations vivant hors communauté [Findlay *et al.*, 2014].

D'autres études ont démontré que les outils de dépistage basés sur des normes établies auprès de la population générale tendent à surestimer ou à sous-estimer les difficultés et retards liés au développement dans les communautés autochtones. Par exemple, sur la base des résultats obtenus au Brigance, et en comparaison avec l'échantillon de référence américain, 100 % des enfants autochtones australiens âgés de 3 à 7 ans vivant en région éloignée ont été identifiés avec des retards de développement importants (retard d'environ 1 an pour les enfants de 3 et 4 ans) [D'Aprano *et al.*, 2011]. En contrepartie, aucune différence significative n'a été relevée entre l'échantillon d'enfants autochtones australiens âgés d'un an résidant dans un centre urbain et l'échantillon britannique de référence relativement aux scores de l'échelle globale et de 4 des 5 sous-échelles de l'outil Griffith [Bennett *et al.*, 2010].



Le niveau de preuve quant aux différences dans le rythme d'acquisition des compétences développementales entre les enfants autochtones âgés de 0 à 7 ans et ceux de la population générale est modéré (Annexe G, Tableaux G.2 et G.3).

Adaptation culturelle des outils de dépistage aux enfants et jeunes autochtones (constat 8)

Les neuf études scientifiques et publications recensées dans le cadre de nos travaux indiquent par ailleurs qu'une adaptation culturelle des outils de dépistage aux différentes communautés autochtones serait requise pour en assurer la pertinence culturelle et l'acceptabilité (Annexe G, Tableau G.4). Selon la littérature, cette adaptation devrait aller bien au-delà de l'équivalence langagière. Elle devrait viser à assurer la pertinence des outils et l'équivalence du sens et de la symbolique du contenu, tout autant que l'équivalence opérationnelle, au regard du format, des consignes de passation et du mode d'administration. L'adaptation culturelle d'un outil de dépistage est un processus requérant la mobilisation de plusieurs parties prenantes, dont des chercheurs et des cliniciens spécialisés dans le domaine, des représentants des communautés autochtones visées (parents, jeunes, aînés, interprètes) et un investissement considérable en matière de ressources financières¹⁵.

Or, l'ensemble des études recensées ont démontré qu'une telle adaptation des outils de dépistage aux communautés autochtones était nécessaire, bien qu'à des degrés variés. Dans le cas de l'ASQ, par exemple, le degré requis d'adaptation du questionnaire s'est avéré minimal lorsqu'utilisé au Québec auprès d'enfants d'une communauté mohawk vivant en banlieue d'un grand centre urbain [Dionne *et al.*, 2014], alors qu'une adaptation exhaustive de l'outil a été requise pour en permettre l'utilisation auprès d'enfants de

¹⁵ Le lecteur est invité à consulter l'article de D'Aprano et collaborateurs [2016] à titre d'exemple d'une adaptation d'une grande rigueur de l'ASQ auprès de communautés autochtones australiennes vivant en régions éloignées. La méthodologie utilisée par Young et collaborateurs [Young *et al.*, 2017; Young *et al.*, 2016; Young *et al.*, 2015] est également un bon exemple de l'adaptation d'un outil (ACHWB) mis au point auprès d'une communauté autochtone pour qu'il puisse être utilisé par d'autres communautés autochtones du Nord de l'Ontario.

communautés autochtones australiennes vivant en régions nordiques éloignées [D'Aprano *et al.*, 2016]. Le degré d'adaptation nécessaire semble influencé par le niveau de littératie des participants, leurs conditions sociodémographiques et leurs milieux de vie.

Des travaux menés dans le nord de l'Ontario auprès de jeunes provenant de quatre communautés des Premières Nations indiquent, par ailleurs, qu'un certain ajustement est également requis d'une communauté autochtone à l'autre [Young *et al.*, 2017; Young *et al.*, 2016; Young *et al.*, 2015]. Les auteurs mentionnent, à titre d'exemple, le concept de « Mother Earth » pertinent pour la communauté anishnabe, mais pas pour les Inuits. Ce terme a donc été changé pour le terme « The Land », qui fait référence à un concept similaire et acceptable pour les quatre communautés des Premières Nations ayant participé à l'étude.



Le niveau de preuve quant à la nécessité d'adapter les outils de dépistage aux communautés autochtones est modéré (Annexe G, Tableaux G.5 et G.6).

3.5.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

Outils de dépistage normés pour les communautés autochtones

Les gestionnaires et intervenants œuvrant auprès d'enfants des Premières Nations consultés dans le cadre de l'avis ont mentionné qu'il n'existait aucun outil de dépistage standardisé utilisé auprès des enfants et de jeunes des Premières Nations vivant en communauté. Ils sont d'avis que cela fait en sorte que les seuils qui déterminent la présence d'une difficulté ou d'un retard lié au développement, comparativement à des enfants d'un même groupe d'âge, ne tiennent pas compte des différences entre les enfants des communautés autochtones et ceux de la population générale.

Selon certains d'entre eux, le recours à un outil visant à dépister des difficultés et retards de développement liés au développement des enfants irait même, jusqu'à un certain point, à l'encontre de la vision du développement des autochtones. Pour ces derniers, en effet, chaque personne se développe à son propre rythme et non pas en fonction de stades ou normes de développement préétablis. Ainsi, les étapes du développement peuvent être franchies plus ou moins rapidement par un enfant, sans que cela soit considéré comme un retard ou une difficulté en raison de son âge chronologique.

De plus, la plupart des répondants ont insisté sur l'importance d'établir des balises d'utilisation des outils de dépistage spécifiques aux Premières Nations, pour diminuer les risques d'interprétation erronée des résultats. Certains estiment qu'il serait nécessaire de réaliser des études visant à établir des normes propres aux enfants des Premières Nations.

« J'aimerais voir une étude longitudinale sur le développement des enfants autochtones sur communauté. [...] Il faut cela pour une base solide des connaissances sur le développement des enfants en communauté autochtone, pour soutenir l'intervention en protection de la jeunesse et les services sur communauté. »

Outils de dépistage culturellement adaptés aux communautés autochtones

Plusieurs intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants des Premières Nations ont soulevé des enjeux linguistiques importants en lien avec les outils de dépistage disponibles. En effet, ceux-ci sont généralement administrés en français ou en anglais, alors que dans plusieurs cas, il s'agit de la deuxième, voire troisième, langue parlée par l'enfant et le parent. Les difficultés de compréhension du répondant peuvent affecter négativement les résultats obtenus au dépistage. De même, l'administration de l'outil de dépistage par un interprète ou un intervenant en langue native qui le traduit peut engendrer certains biais et avoir une incidence sur les résultats obtenus.

« Dès qu'on traduit, dès qu'on y va avec un interprète, on perd un peu la maîtrise de la grille ou de la démarche au complet. [...] J'ai certains enfants dont le français est leur 4e langue. En termes de vitesse d'exécution suite à une consigne, si en plus je dois passer par un interprète et je ne suis pas sûr qu'il a traduit et transmis la même consigne que je lui ai dit, sans vouloir, il peut induire un biais quand il traduit, pour faciliter, en l'orientant un peu, ... on a un défi au niveau des grilles standardisées. »

Outre les difficultés liées à la langue, les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants des Premières Nations consultés ont déploré le fait que les outils de dépistage ne sont pas culturellement adaptés, tant sur le plan du contenu que sur celui des modalités d'administration. Pour eux, les liens avec la communauté, le territoire et la nature sont des déterminants pour le développement individuel. Ces éléments influencent la définition de l'attachement, la relation parentale et la conception des étapes de développement chez les communautés des Premières Nations. Or, les outils de dépistage actuels ne reflètent pas ces dimensions culturelles.

« On manque de points de repère pour l'évaluation de nos enfants. Ce serait important d'avoir des outils qui 'fit' plus avec les traditions, des façons de faire adaptées aux communautés. »

Selon les gestionnaires et les intervenants consultés, un outil de dépistage culturellement adapté devrait prendre en considération les aspects suivants :

- la langue parlée (français, anglais ou native);
- la vision holistique du développement individuel, incluant le rôle de la famille élargie, de la communauté et de l'environnement de vie;
- la conceptualisation des rythmes développementaux variables selon les communautés;

- le contexte de vie en communauté (milieu éloigné, cohabitation intergénérationnelle, dynamiques intergénérationnelles, etc.);
- les modalités visuelles/orales en accord avec les façons de faire/d'apprendre des enfants vivant en communauté.

Il serait également recommandé, selon eux, que l'intervenant qui effectue le dépistage auprès d'enfants des Premières Nations soit lui-même issu des Premières Nations ou qu'il ait, à tout le moins, reçu une formation reconnue en sécurisation culturelle. Cet intervenant devrait avoir une bonne connaissance de la culture, du contexte de vie et des réalités de la communauté et de ses enjeux spécifiques. De plus, il serait préférable qu'il s'exprime dans la langue parlée par l'enfant et sa famille afin de faciliter la communication avec ceux-ci.

« C'est vraiment différent quand un intervenant allochtone et autochtone intervient. Quand ils peuvent parler dans leur propre langue, ils s'expriment mieux, c'est plus facile; ils vont se sentir mieux parce que c'est un [intervenant membre des Premières Nations] qui est en avant d'eux. »

« L'intervenant qui vient travailler dans une communauté doit être conscient de la culture autochtone, des enjeux autochtones, qu'ils connaissent les différences. On se retrouve en communauté, on n'est pas dans un secteur urbain. Il y a des choses qui sont faites différemment : des conseils de famille, tout un village qui s'occupe d'élever l'enfant, le réseau de contacts est large. »

De fait, certains gestionnaires des établissements du RSSS ont rapporté se sentir peu outillés au regard des clientèles autochtones et ethnoculturelles. Ils disent être conscients que les outils qu'ils utilisent ne sont pas culturellement adaptés pour ces populations, tant sur le plan linguistique que sur celui du contenu, et que des biais peuvent en découler. Certains gestionnaires rapportent aussi avoir constaté des différences culturelles importantes en ce qui a trait aux valeurs, aux méthodes et aux compétences éducatives recherchées des populations autochtones et ethnoculturelles. Les intervenants et gestionnaires du réseau mentionnent de plus que les ressources interculturelles (exemples : interprète, médiateur, intervenant ou organisme de la communauté) ne sont pas disponibles dans toutes les régions.

3.5.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

Les membres du comité de travail ont souligné la nécessité pour l'intervenant responsable du dépistage de faire preuve de sensibilité culturelle, en choisissant judicieusement les outils à administrer et en adaptant les modalités d'administration au contexte culturel. Il a été suggéré d'élargir la notion de « sensibilité culturelle », applicable aux enfants autochtones, à l'ensemble des communautés ethnoculturelles.

Enfin, les membres du comité ont mentionné qu'il serait important de s'arrimer avec les instances responsables du dépistage dans les communautés autochtones et de favoriser les initiatives visant à valider les outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement auprès des enfants et jeunes autochtones recevant des services en vertu de la LPJ.

3.5.4. Recommandation

Sur la base des données et informations recueillies, l'INESSS émet la recommandation suivante. Le terme « autochtones » utilisé dans la recommandation s'appuie sur les données scientifiques recueillies auprès de divers peuples autochtones dans le monde ainsi que sur les perspectives de quelques représentants des Premières Nations du Québec. Ainsi, cette recommandation peut ne pas représenter l'avis de l'ensemble des peuples autochtones québécois.

RECOMMANDATION 5¹⁶

Des outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement adaptés et normés auprès d'enfants et de jeunes autochtones devraient être utilisés. Toutefois, sur la base des informations recueillies dans le cadre du présent avis, aucun outil ne répond à ces exigences à l'heure actuelle.

Des initiatives devraient être encouragées afin de concevoir, en collaboration avec les communautés autochtones, des outils de dépistage :

- normés pour les enfants et les jeunes de ces communautés;
- culturellement adaptés, c'est-à-dire dont l'équivalence langagière, opérationnelle ainsi que de sens et de symbolique a été établie.

3.6. Étape du processus d'intervention en protection de la jeunesse durant laquelle devrait avoir lieu le dépistage

La mesure du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 à l'origine du mandat actuel ne précise pas l'étape du processus d'intervention en protection de la jeunesse à laquelle il serait le plus approprié d'effectuer le dépistage des difficultés et retards liés au développement. Toutefois, le volume d'enfants recevant des services en protection de la jeunesse diffère grandement d'une étape à l'autre (voir la modélisation du Vérificateur général à la page 10). Ainsi, plus le dépistage est effectué tôt dans le processus, plus il

¹⁶ Le terme « autochtones » utilisé dans la recommandation s'appuie sur les données scientifiques recueillies auprès de divers peuples autochtones dans le monde ainsi que sur les perspectives de quelques représentants des Premières Nations du Québec. Ainsi, cette recommandation peut ne pas représenter l'avis de l'ensemble des peuples autochtones québécois.

permet de rejoindre un plus grand nombre d'enfants. Les intervenants en protection de la jeunesse disposent cependant de moins de temps pour effectuer un tel dépistage à l'étape de l'Évaluation de la situation de l'enfant et à celle de l'Orientation – Choix des mesures de protection qu'à l'étape suivante visant la Mise en place des mesures de protection (application des mesures). En présence de ces considérations sur le volume et le temps d'intervention disponible aux différentes étapes, il est apparu important d'apporter un éclairage sur cette question.

3.6.1. Données issues de la littérature

Aucune des études scientifiques recensées dans le cadre du présent avis n'a abordé directement la question de l'étape du processus d'intervention en protection de la jeunesse à laquelle il serait le plus approprié d'effectuer un dépistage.

Cependant, trois lignes directrices ciblant spécifiquement des enfants et des jeunes placés en famille d'accueil ou en centre de détention juvénile ainsi qu'un texte d'opinion d'experts (constat 9 ; Annexe H, Tableau H.1) décrivent plus largement le processus d'évaluation auquel devrait prendre part les enfants et les jeunes lors de leur prise en charge par la protection de la jeunesse. Ces écrits indiquent qu'une évaluation préliminaire devrait être réalisée à l'entrée dans les services ou lors des premiers jours suivant le placement de l'enfant. Sans faire directement référence au dépistage des difficultés et retards liés au développement, l'*American Academy of Psychiatry* recommande plus précisément que tout enfant ou jeune fasse l'objet d'une évaluation médicale visant à identifier les besoins médicaux et de santé mentale urgents (*health screening*) dans les 72 heures suivant le retrait de sa famille [Szilagyi et al., 2015]. Ce délai est raccourci à 24 heures pour les enfants de moins de 3 ans, ceux présentant différents problèmes de santé et ceux susceptibles d'avoir été victimes d'agression sexuelle ou de négligence.

Puisqu'aucune de ces lignes directrices ne fournit d'information sur le dépistage à réaliser auprès des enfants et des jeunes aux différentes étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse, il n'est pas possible d'établir si ces recommandations s'appliquent également aux étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse qui surviennent avant une prise en charge, à l'étape de l'application des mesures, ou avant un placement (p. ex. : étapes « Évaluation de la situation » et « Orientation – Choix des mesures de protection »).



Les données issues de la littérature sont insuffisantes pour déterminer à quelle étape du processus d'intervention en protection de la jeunesse il serait préférable d'effectuer le dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ (Annexe H, Tableaux H.2 et H.3).

3.6.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

Les informations recueillies auprès des intervenants et gestionnaires consultés indiquent que le dépistage des difficultés et retards liés au développement pourrait être réalisé à l'une ou l'autre des étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse. Ainsi, certains ont rapporté que dans leur établissement, un dépistage est effectué auprès des enfants de 5 ans et moins, et ce, principalement à l'étape « Évaluation de la situation de l'enfant » ou à celle « Orientation – Choix des mesures de protection ». Dans d'autres établissements, ce dépistage, le cas échéant, serait davantage effectué à l'étape « Mise en place des mesures de protection » (application des mesures).

Bien que les intervenants et gestionnaires considèrent que le dépistage devrait être fait en première ligne, la majorité d'entre eux sont d'avis que lorsqu'il est effectué en protection de la jeunesse, celui-ci devrait être réalisé dès l'étape « Mise en place des mesures de protection » (application des mesures), et ce, afin d'identifier les objectifs d'intervention et les dimensions à travailler avec l'enfant ou le jeune et sa famille. De plus, les étapes « Évaluation de la situation de l'enfant » ou celle « Orientation – Choix des mesures de protection » ne seraient pas, selon les propos recueillis, les moments les plus propices au dépistage, compte tenu de la charge émotive qui y est associée.

« Ce n'est pas à l'Évaluation/Orientation le meilleur moment pour faire [le dépistage], quand ils sont à gérer les crises. Il y a un moment plus adéquat, pour être capable de voir ce que l'enfant est capable de faire quand ses ressources sont maximales. En état de crise, l'enfant n'est pas à son meilleur et il y a des choses qu'on manque. »

3.6.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

Les membres du comité ont souligné pour leur part qu'idéalement, le dépistage devrait cibler le plus grand nombre d'enfants possible. Ainsi, un dépistage qui serait effectué à l'étape « Évaluation de la situation de l'enfant » ou à celle « Orientation – Choix des mesures de protection » rejoindrait beaucoup plus d'enfants qu'un dépistage réalisé à une étape subséquente, comme le montre la Figure 2 (p. 9). Les autres avantages qu'il y a à réaliser le dépistage à l'étape « Évaluation de la situation de l'enfant » mis en lumière par les membres du comité sont les suivants : permettre de repérer des indices de difficultés ou de retards liés au développement en amont de la prise en charge proprement dite par la protection de la jeunesse, favoriser la référence vers d'autres services et faciliter la mobilisation des familles au regard des difficultés de leur enfant. Toutefois, les membres du comité ont fait état de certains enjeux de faisabilité si le dépistage était effectué à l'étape « Évaluation de la situation de l'enfant » en raison de la charge de travail supplémentaire que cela occasionnerait pour les intervenants. De plus, une possible confusion a été mentionnée entre l'évaluation de la compromission du développement de l'enfant, au sens de la LPJ avec ses critères¹⁷, et les résultats

¹⁷ L'intervenant assigné à l'évaluation doit procéder à l'analyse de la situation familiale et sociale de l'enfant en considérant : la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés ; l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant ; la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la

obtenus par le dépistage des difficultés et retards de développement (c.-à-d. l'absence de difficultés ou retards de développement et la présence de compromission du développement de l'enfant au sens de la LPJ).

Enfin, l'étape « Mise en place des mesures de protection » (application des mesures) a aussi été suggérée par des membres du comité puisque c'est à cette étape que l'intervenant de la protection de la jeunesse veille à mettre en œuvre, avec l'enfant et sa famille, les mesures (volontaires ou ordonnées) à travers l'élaboration d'un plan d'intervention (PI) ou d'un plan de services individualisés (PSI). Cette prise en charge, par les services de la protection de la jeunesse, permettrait également de faciliter le suivi de la situation d'un enfant ou d'un jeune pour qui des difficultés ou retards liés au développement auraient été dépistés.

3.6.4. Recommandation

Sur la base des données et informations recueillies, l'INESSS émet la recommandation suivante.

RECOMMANDATION 6

Il est généralement convenu qu'un dépistage précoce dans la vie d'un enfant ou d'un jeune est préférable, dans l'objectif d'assurer son développement optimal. Cependant, les données issues de la littérature recensée ne permettent pas de déterminer si, dans le processus d'intervention en protection de la jeunesse, un dépistage réalisé le plus tôt possible, c'est-à-dire à l'étape de l'Évaluation de la situation de l'enfant, est également préférable. De même, les délibérations tenues lors des rencontres du comité de travail n'ont pas permis de dégager de consensus sur cette question.

Par conséquent, il est recommandé que le MSSS, en collaboration avec l'ensemble des partenaires et parties prenantes concernées, détermine si le dépistage des difficultés et retards liés au développement doit être effectué uniquement auprès des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ, à l'étape « Mise en place des mesures de protection » (application des mesures), ou également auprès de ceux qui reçoivent des services en vertu de la LPJ aux étapes « Évaluation de la situation de l'enfant » et « Orientation – Choix des mesures de protection ».

sécurité ou le développement de l'enfant et les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents [Gouvernement du Québec, 2010].

3.7. Fréquence du dépistage des difficultés et retards liés au développement

Le dépistage fait partie d'un processus d'évaluation permettant d'identifier de façon précoce les difficultés et les retards liés au développement que peuvent présenter les enfants et jeunes qui reçoivent des services en vertu de la LPJ. Comme le développement est, par définition, évolutif et que des difficultés ou retards qui y sont liés peuvent être identifiés à tout âge, il devient important d'effectuer le dépistage de façon périodique, particulièrement chez les enfants et jeunes présentant un risque élevé de manifester de telles difficultés.

La fréquence optimale du dépistage ainsi que les moments auxquels ce dépistage peut avoir lieu dans le cadre des services offerts en protection de la jeunesse sont abordés ci-contre.

3.7.1. Données issues de la littérature

Les 12 études scientifiques et publications abordant cette question (constat 10 ; Annexe I, Tableau I.1) indiquent que le dépistage des difficultés et retards liés au développement chez les enfants et les jeunes recevant des services de la protection de la jeunesse devrait être réalisé :

- de façon périodique et;
- à différents moments clés de la trajectoire de l'enfant dans les services, tels que : lors de la détermination du plan d'intervention ou de sa révision, à la suite d'un changement d'hébergement, d'une séparation de la fratrie ou en présence de préoccupations psychosociales concernant l'enfant ou le jeune.

Cao et ses collègues [2019] mentionnent toutefois que le contexte stressant et émotionnellement difficile dans lequel peuvent être complétés les outils de dépistage par les parents et les enfants ou jeunes qui reçoivent des services de la protection de la jeunesse de même que la redondance des évaluations peuvent réduire la validité des informations recueillies.

La littérature consultée indique également que la fréquence du dépistage varie en fonction de l'âge de l'enfant et de la présence de difficultés et retards liés au développement préalablement identifiées. La fréquence proposée est :

- mensuellement pour les enfants âgés de 0 à 6 mois;
- aux 3 mois pour les enfants âgés de 6 à 24 mois;
- aux 6 mois pour les enfants et les jeunes âgés de 2 à 21 ans identifiés comme ayant des difficultés et retards liés au développement;
- annuellement pour les enfants et les jeunes âgés de 2 à 21 ans identifiés comme ayant peu ou pas de difficultés et retards liés au développement, à moins que des difficultés se manifestent.

Bien qu'aucune étude ne mesure directement l'impact de la fréquence du dépistage sur le taux de dépistage, les études et les lignes directrices recensées pointent vers l'importance d'un dépistage et d'un suivi périodique du développement des enfants et des jeunes en fonction de leur stade de développement et lors de circonstances susceptibles d'affecter ce développement.



Le niveau de preuve quant à la fréquence du dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et jeunes recevant des services en vertu de la LPJ est modéré (Annexe I, Tableaux I.2 et I.3).

3.7.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

En ce qui concerne la fréquence du dépistage, les intervenants et gestionnaires consultés ont mentionné que celui-ci était effectué aux 6 mois, à l'aide de l'ASQ, ou annuellement dans le cas des jeunes placés en famille d'accueil qui sont suivis dans des établissements utilisant l'approche *S'occuper des enfants* (SOCEN). Il n'y aurait pas de fréquence de dépistage préétablie pour les enfants et jeunes qui ne sont pas hébergés en milieu de vie substitut. Les intervenants et gestionnaires considèrent toutefois que tous les enfants et jeunes recevant des services en protection de la jeunesse devraient faire l'objet d'un dépistage avant leur entrée à l'école ainsi que dans le premier mois suivant un placement, une fois le jeune stabilisé. À ce propos, les intervenants soulignent que l'administration d'un outil de dépistage dans des circonstances stressantes ou émotionnellement difficiles peut affecter la validité des informations transmises par les jeunes et peut diminuer la disponibilité et l'engagement de ces derniers dans le processus de dépistage.

Selon les jeunes adultes consultés, les aspects suivants devraient être pris en considération pour moduler la fréquence du dépistage, soit :

- l'âge de l'enfant et son stade de développement, avec une fréquence plus rapprochée pour les plus jeunes et plus espacée pour les plus âgés;
- les besoins particuliers du jeune;
- la disponibilité du jeune, en fonction de ses contraintes scolaires et personnelles;
- à la suite d'un changement de milieu de vie;
- en dehors des moments de crise.

Il serait également opportun, selon eux, d'effectuer un dépistage auprès des jeunes qui retournent vivre dans leur famille, afin de s'assurer de leur bon développement et d'intervenir en cas de besoin.

3.7.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

Les membres du comité de travail ont fait valoir que des modalités de dépistage périodique des difficultés et retards liés au développement chez les enfants et jeunes

recevant des services en vertu de la LPJ, dont la fréquence est établie en fonction de l'âge de l'enfant, sont nécessaires et pertinentes. Ils soulignent différentes considérations quant au moment ou à la fréquence du dépistage, notamment l'importance de dépister au bon moment (p. ex. : avant l'entrée à l'école pour favoriser l'intégration optimale des enfants), d'éviter la répétition du dépistage et d'évaluer la possibilité d'arrimer le dépistage avec d'autres activités cliniques, dont la vaccination, la détermination ou la révision du plan d'intervention, ou lors d'un plan de services individualisés.

Les membres du comité ont souligné à maintes reprises la nécessité que le dépistage soit motivé par une préoccupation clinique, et non par une « obligation administrative », en mettant l'accent sur l'importance de l'utilisation du jugement clinique pour déterminer la fréquence de dépistage pertinente auprès de l'enfant ou du jeune. Par ailleurs, différents enjeux d'applicabilité ont été mentionnés quant à la mise en œuvre d'un dépistage fréquent et soutenu qui nécessite la présence de ressources humaines et financières.

3.7.4. Recommandation

Sur la base des données et informations recueillies, l'INESSS émet la recommandation suivante.

RECOMMANDATION 7

La vulnérabilité des enfants et des jeunes en contexte de protection entraîne la nécessité d'assurer un suivi de leur développement à chacune des étapes du processus d'intervention. Un dépistage périodique est recommandé pour effectuer ce suivi.

Par conséquent, il est recommandé qu'un outil de dépistage des difficultés et retards liés au développement soit administré minimalement une fois par année.

L'intervenant devrait considérer le fait d'augmenter la fréquence du dépistage en présence de conditions particulières, notamment :

- si l'enfant est âgé de moins de 2 ans;
- s'il y a des préoccupations cliniques;
- à la suite d'événements importants ou moments de transition chez l'enfant (p. ex. : placement, changement de milieu de vie, transition scolaire, transition à la vie adulte).

3.8. Répondants aux outils de dépistage

Différentes personnes peuvent être appelées à compléter un outil de dépistage des difficultés et retards liés au développement, dont l'enfant ou le jeune lui-même, les parents biologiques ou les adultes significatifs dans la vie de l'enfant. Les intervenants

doivent par conséquent déterminer qui ils vont impliquer dans le processus de dépistage auprès des enfants et jeunes recevant des services en vertu de la LPJ.

3.8.1. Données issues de la littérature

Trois énoncés scientifiques appuyant la recommandation en lien avec les répondants aux outils de dépistage ont été formulés. Ces énoncés traitent de la variabilité des taux de dépistage en fonction du répondant à l'outil (constat 11) et des avantages à impliquer les parents (constat 12) et les jeunes (constat 13) dans la démarche de dépistage, peu importe la modalité d'administration retenue.

Taux de dépistage en fonction du répondant (constat 11)

Les neuf études scientifiques sélectionnées évaluant les taux de dépistage des difficultés et retards liés au développement en fonction des répondants montrent que le nombre d'enfants âgés de 0 à 18 ans chez qui on a dépisté des difficultés et retards liés au développement est généralement plus élevé lorsque l'outil de dépistage est complété par le parent d'accueil, comparativement à un autre répondant (jeune, éducateur ou professeur), et ce, peu importe l'âge de l'enfant ou l'outil de dépistage utilisé (Annexe J, Tableau J.1). Les résultats obtenus indiquent que les taux de dépistage observés lorsque le parent d'accueil agit à titre de répondant sont de 9 % à 31 % plus élevés que lorsque le jeune complète lui-même l'outil. À titre d'exemple, Whyte et Campbell [2008], dans leur étude ayant pour objectif de comparer la variation des taux de dépistage en fonction des répondants (parents d'accueil, enseignants ou jeunes) ayant complété le SDQ, rapportent que 56 % des parents d'accueil considèrent que le jeune présente des difficultés, comparativement à 39 % des enseignants et à 30 % des jeunes eux-mêmes. Une autre étude [Undheim *et al.*, 2016] a démontré que les parents d'accueil qui complètent le CBCL sont plus aptes à identifier les jeunes présentant un problème que les enseignants qui complètent le même outil (sensibilité de 0,82 pour les parents, c. 0,45 pour les enseignants). Enfin, les parents biologiques sont plus susceptibles de situer leur enfant au-dessus du seuil clinique¹⁸, comparativement aux jeunes et aux parents d'accueil, avec des différences de pourcentage entre 10 % et 30 % selon les échelles du PSC-17 [Parker *et al.*, 2019].

La littérature consultée indique également que les taux d'accord interjuges entre les différents répondants varient en fonction du type de difficultés considérées. À cet égard, Parker *et al.* [2019] rapportent une plus grande convergence entre les jeunes et les parents d'accueil sur les sous-échelles de problèmes extériorisés (84 %) que sur celles portant sur les problèmes intériorisés (68 %). De la même façon, le niveau de concordance entre les scores obtenus par les parents et les enfants (âgés de 7 à 10 ans) était significatif pour certaines échelles d'extériorisation et non significatif pour presque toutes les échelles d'intériorisation. Chez les jeunes plus âgés (11 à 14 ans), les accords interjuges entre les parents et les jeunes se sont avérés significatifs pour les deux types de problèmes [Ebesutani *et al.*, 2011].

¹⁸ Scores indiquant que les difficultés présentées par l'enfant méritent une attention clinique.



Le niveau de preuve quant à la variabilité du nombre d'enfants et de jeunes dépistés avec des difficultés et retards liés au développement en fonction du répondant est élevé (Annexe J, Tableaux J.2 et J.3).

Avantages pour le parent biologique ou le parent d'accueil d'agir à titre de répondant à un outil de dépistage (constat 12)

Les résultats des 13 études scientifiques et publications recensées (Annexe J, Tableau J.4) font ressortir divers avantages pour le parent biologique ou le parent d'accueil qui agit à titre de répondant à un outil de dépistage, notamment :

- de prendre conscience de l'ensemble des dimensions du développement chez l'enfant;
- de générer des sentiments positifs (p. ex. : soulagement, fierté, empathie envers l'enfant ou le jeune);
- d'avoir la possibilité d'exprimer ses perceptions concernant les difficultés vécues par l'enfant ou le jeune;
- de discuter avec un intervenant afin de préciser ses perceptions;
- d'améliorer ses connaissances sur le développement de l'enfant;
- de bénéficier de conseils préventifs sur le développement de l'enfant ou d'obtenir le soutien d'un intervenant.



Le niveau de preuve quant aux avantages pour le parent biologique ou le parent d'accueil d'agir à titre de répondant à un outil de dépistage est modéré, et ce, peu importe l'outil utilisé ou l'âge de l'enfant ou du jeune (Annexe J, Tableaux J.5 et J.6).

Avantages pour le jeune d'agir à titre de répondant à un outil de dépistage (constat 13)

Six études scientifiques et publications sélectionnées rapportent que l'administration d'outils de dépistage présente certains avantages pour le jeune (Annexe J, Tableau J.7), notamment :

- de lui permettre de prendre conscience de l'ensemble de ses comportements;
- de s'exprimer sur ses difficultés et ses forces, ce qui augmente son pouvoir d'agir;
- de s'ouvrir sur des sujets délicats ou non abordés auparavant;
- de faciliter la discussion avec l'intervenant ou son parent biologique/parent d'accueil;
- d'augmenter son engagement envers l'intervention.



Le niveau de preuve quant aux avantages pour les jeunes âgés de 11 ans et plus d'agir à titre de répondant à un outil de dépistage est faible, et ce, peu importe l'outil utilisé (Annexe J, Tableaux J.8 et J.9).

3.8.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

Selon les propos recueillis auprès des intervenants et gestionnaires consultés, le degré d'implication des parents dans les activités de dépistage et d'évaluation varie considérablement d'un établissement à l'autre. Certains rapportent impliquer les parents dans les activités d'évaluation dès le début de la prise en charge, en leur expliquant la démarche, conformément aux approches participatives mises en œuvre dans leur établissement. Ils considèrent que cela leur permet de les sensibiliser au développement de leur enfant ainsi qu'aux impacts d'un retard de développement sur celui-ci. D'autres affirment que les parents sont impliqués à des degrés divers, en fonction de leur disponibilité et de leurs capacités.

Bien que les pratiques varient, la majorité des parties prenantes (intervenants, gestionnaires, parents et jeunes) s'entendent pour dire que le parent biologique ou le parent d'accueil devrait être impliqué dans le processus de dépistage. Pour les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants des Premières Nations consultés, il importe d'assurer la participation d'un adulte significatif présent dans la vie du jeune, qu'il s'agisse de son parent biologique, d'un membre de la famille élargie ou de la communauté.

Les parents, pour leur part, souhaitent que leurs points de vue et connaissances soient davantage pris en considération par les intervenants, que ce soit dans le cadre d'un dépistage ou d'une évaluation plus formalisée du développement de leur enfant ou leur jeune. Ils estiment détenir des informations pertinentes basées sur leurs observations quotidiennes du jeune, lesquelles ne seraient pas toujours prises en considération. Bien que plusieurs parents aient mentionné que la communication avec les intervenants en protection de la jeunesse était limitée, d'autres rapportent avoir senti que leurs idées avaient été entendues et prises en compte.

Les jeunes adultes consultés croient qu'il est avantageux d'impliquer le parent, notamment parce que cela permet de le garder informé de la situation que vit le jeune et de le sensibiliser aux défis auxquels il fait face. Ils considèrent cependant que c'est le jeune qui devrait choisir les personnes à impliquer dans des activités de dépistage ou d'évaluation. Selon eux, le répondant pourrait être dans certains cas un enseignant ou autre intervenant du milieu scolaire, un travailleur social, un psychologue, un psychoéducateur, un médecin de famille ou toute autre personne avec qui le jeune a une relation de confiance. Ils ajoutent que le jeune devrait toujours être impliqué dans toutes les activités de dépistage et d'évaluation le concernant.

3.8.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

Les membres du comité de travail ont insisté sur la nécessité d'impliquer le parent et le jeune dans la démarche de dépistage, puisque le simple fait de compléter un outil de dépistage peut permettre aux répondants de prendre conscience des difficultés vécues et de se responsabiliser par rapport à celles-ci. Toutefois, ils ont soulevé différents enjeux liés à l'implication des parents et des jeunes. Entre autres, ils ont souligné la difficulté d'avoir un portrait valide lorsque l'information est collectée dans le cadre du système de la protection de la jeunesse. Ceci, considérant que l'information transmise par un jeune ou son parent pourrait être volontairement biaisée de manière à minimiser ou accentuer les difficultés vécues, soit dans le but d'éviter de recevoir les services de la protection de la jeunesse ou, au contraire, d'en recevoir. Selon les propos recueillis, l'administration d'un outil de dépistage peut également être inconfortable pour certains répondants, notamment lorsqu'il aborde des sujets plus délicats. L'enjeu de la disparité des points de vue entre les différents répondants a également été abordé par les membres du comité. Enfin, l'accès au parent biologique pour qu'il puisse fournir sa perspective concernant le développement de son enfant a été soulevé comme une difficulté rencontrée en protection de la jeunesse. Les membres du comité ont indiqué qu'il est nécessaire, lorsque les parents ne sont pas en mesure de répondre à l'outil de dépistage, de prévoir qu'un autre adulte significatif pour l'enfant ou le jeune le fasse.

3.8.4. Recommandation

Sur la base des données et informations recueillies, l'INESSS émet la recommandation suivante.

RECOMMANDATION 8

Le parent et le jeune devraient être impliqués dans le dépistage des difficultés et retards liés au développement lorsqu'ils sont en mesure de participer, et ce, peu importe la modalité d'administration de l'outil.

Si aucun des parents n'est en mesure de participer au dépistage, l'intervenant devrait identifier, en collaboration avec le jeune, un autre adulte significatif.

3.9. Modalités d'administration des outils de dépistage

Les outils de dépistage peuvent être administrés de diverses façons. Par exemple, ils peuvent généralement être complétés directement par le répondant lui-même ou administrés verbalement sous forme d'entrevue. Cette section se penche sur les bonnes pratiques en termes de modalités d'administration des outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement chez les enfants et les jeunes.

3.9.1. Données issues de la littérature

Les huit études scientifiques et publications retenues indiquent différents avantages à la modalité autoadministrée (papier-crayon ou de façon électronique), comparativement à une administration verbale (face à face ou au téléphone) (constat 14 ; Annexe K, Tableau K.1). Les outils autocomplétés de dépistage des difficultés et retards liés au développement présenteraient une fiabilité et une validité plus élevées, autant lorsque le répondant est le jeune que lorsque c'est le parent. Parmi les raisons invoquées pour expliquer cela, les auteurs mentionnent entre autres que les sentiments d'embarras et de honte à rapporter des problèmes sont moins présents chez les répondants qui complètent eux-mêmes l'outil, comparativement à ceux pour qui l'outil est administré verbalement par un tiers [Bradford et Rickwood, 2012; Erhart *et al.*, 2009].

Les outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement autocomplétés présentent d'autres avantages, notamment :

- augmente la satisfaction du répondant, particulièrement lorsque celui-ci est un jeune;
- favorise le dévoilement de sujets plus délicats et de comportements moins désirables chez les jeunes;
- réduit le biais de la désirabilité sociale;
- réduit l'influence de l'administrateur sur les informations recueillies;
- réduit les coûts d'administration.

Certains auteurs indiquent que les jeunes peuvent être particulièrement enclins à utiliser un appareil électronique pour compléter l'outil, en plus de percevoir cette modalité comme davantage confidentielle.

Les résultats indiquent cependant que la modalité autocomplétée exige la prise en compte du niveau de littératie et des capacités cognitives des parents et des jeunes. Dans le cas où les répondants ne sont pas en mesure de compléter eux-mêmes l'outil, un soutien doit être offert [Weitzman *et al.*, 2015]. D'autres inconvénients ont été associés à la modalité autocomplétée, dont la réduction des contacts et des discussions entre le répondant et l'administrateur de l'outil, ce qui peut avoir un impact sur la qualité du dépistage [Cao *et al.*, 2019].



Le niveau de preuve quant aux avantages et inconvénients liés à la modalité autocomplétée des outils de dépistage est faible (Annexe K, Tableaux K.2 et K.3).

3.9.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

Le format d'administration des outils de dépistage (en ligne, papier-crayon, entrevue) n'a pas été abordé de manière spécifique lors des consultations.

3.9.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

Le choix de la modalité d'administration de l'outil de dépistage devrait tenir compte, selon les membres du comité, du milieu ou contexte du jeune, du niveau de littératie et du biais de désirabilité sociale des parents/parents d'accueil ou du jeune, surtout en contexte de protection de la jeunesse. Dans tous les cas, les membres du comité sont d'avis qu'il faut privilégier les modalités qui conviennent le mieux aux répondants et qui permettent de susciter leur intérêt.

Ceux-ci indiquent qu'idéalement, les modalités d'administration des outils de dépistage devraient être variées, et permettre l'autopassation sous forme papier-crayon, en ligne, avec soutien audiovisuel, etc.

Il est mentionné qu'il est nécessaire que l'intervenant soit conscient du fait que, pour différentes raisons, certains parents et jeunes ne seront pas en mesure de compléter eux-mêmes l'outil. Il faudra donc les accompagner dans cette tâche, si nécessaire.

3.9.4. Recommandation

Sur la base des données et informations recueillies, l'INESSS émet la recommandation suivante.

RECOMMANDATION 9

Lorsque disponible et appropriée, la modalité d'administration autocomplétée des outils de dépistage devrait être privilégiée auprès des parents et des jeunes.

3.10. Conditions favorables au dépistage

Cette section présente les différentes conditions susceptibles de maximiser les avantages liés à l'utilisation d'outils de dépistage et d'en réduire les inconvénients.

3.10.1. Données issues de la littérature

Choix du lieu d'administration de l'outil de dépistage (constat 15)

Trois publications retenues (Annexe L, Tableau L.1) indiquent que l'administration d'outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement peut être réalisée dans différents lieux. Le dépistage réalisé au domicile des familles est perçu comme un élément facilitant la participation des parents d'enfants en bas âge, et il permet de joindre un plus grand nombre d'enfants âgés de 5 ans et moins.



Les preuves quant au lieu du dépistage sont insuffisantes pour se prononcer sur le niveau global de preuve (Annexe L, Tableaux L.2 et L.3).

Conditions favorables au dépistage (constat 16)

L'expérience des répondants et intervenants documentée dans 12 études scientifiques et publications retenues (Annexe L, Tableau L.4) indique que les avantages des outils de dépistage sont accrus et les inconvénients réduits lorsque l'administration de l'outil est accompagnée des éléments suivants :

- d'explications préalables sur le but, les avantages et les inconvénients du dépistage ainsi que sur la nature des questions qui seront posées;
- d'instructions claires pour compléter l'outil ou les tâches;
- de clarifications sur les questions ou items susceptibles d'être mal compris ou interprétés;
- de modalités d'administration adaptées au niveau de littératie du répondant et culturellement sensibles;
- d'un climat de confiance entre l'administrateur et le répondant;
- d'une discussion visant à répondre aux préoccupations du répondant en lien avec l'administration de l'outil de dépistage ou le développement du jeune;
- d'une rétroaction sur la nature des résultats attendus et obtenus (p. ex. : vrais et faux positifs);
- d'explications sur les suites du dépistage.

L'importance de l'accompagnement du parent et du jeune lors de la démarche de dépistage a été relevée de façon constante dans la littérature repérée.



Le niveau de preuve quant aux conditions d'administration favorables au dépistage est modéré (Annexe L, Tableaux L.5 et L.6).

3.10.2. Données issues des consultations auprès des parties prenantes

Les propos recueillis auprès des parties prenantes concernant les conditions favorables au dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et jeunes recevant des services en protection de la jeunesse ont été regroupés selon que ces conditions devaient être mises en place avant, pendant ou après l'administration de l'outil de dépistage.

Conditions à mettre en place avant l'administration de l'outil de dépistage

Les jeunes adultes consultés ont verbalisé plusieurs préoccupations en lien avec le lieu du dépistage. Ils souhaitent que celui-ci soit choisi selon les préférences du jeune et son contexte de vie, un endroit où il se sent à l'aise. La confidentialité du lieu serait particulièrement importante pour eux. Ils sont d'avis que l'école ne représente pas un lieu à privilégier. On risque en effet de se rendre compte que le jeune est rencontré par la protection de la jeunesse, ce qui le rend susceptible d'être stigmatisé et nuit à la

confidentialité. De la même façon, les endroits publics (tels que les cafés ou les parcs) sont des lieux déconseillés par les jeunes, car ils ne permettent pas d'assurer la confidentialité et peuvent nuire à la concentration nécessaire à la réalisation du dépistage. Les jeunes ont également souligné l'importance que le moment du dépistage tienne compte de leur horaire et de leurs disponibilités.

Les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants des Premières Nations ont aussi mentionné que le choix du lieu devrait tenir compte des réalités de ces enfants. Ils ont suggéré que le dépistage ait lieu dans un environnement convivial et familial pour le répondant, tel qu'un centre de pédiatrie sociale ou un organisme communautaire.

Toutes les parties prenantes ont souligné l'importance de recourir à des modalités d'administration d'un outil de dépistage qui sont adaptées au niveau de littératie du jeune, à son style d'apprentissage et à sa capacité d'introspection. Les jeunes adultes consultés ont rapporté qu'une approche personnalisée de la part de l'intervenant, tenant compte de leur vécu, des traumatismes subis et autres particularités, favoriserait leur engagement dans le processus de dépistage et augmenterait la validité des informations fournies. De plus, dans le cas où les parents participeraient, certains jeunes ont mentionné qu'ils souhaitaient être questionnés séparément afin de pouvoir s'exprimer librement.

Conditions à mettre en place pendant l'administration de l'outil de dépistage

Les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès d'enfants des Premières Nations ont insisté sur l'importance d'accompagner les enfants et les parents tout au long du processus de dépistage, en raison notamment des difficultés liées à la langue d'administration de l'outil.

Les jeunes adultes consultés souhaitent pour leur part que l'intervenant prenne le temps d'entrer en contact avec eux, qu'il adopte une approche individualisée, humaniste et centrée sur les besoins, les forces et capacités du jeune. Ils considèrent que le jeune devrait avoir un lien de confiance avec l'intervenant, et que celui-ci devrait être sensible à leurs caractéristiques individuelles (p. ex. : appartenance culturelle, niveau de littératie, histoire personnelle, contexte de vie).

« L'enfant peut être réticent à vous dire quelque chose parce qu'il craint que vous ne le jugiez. Si les enfants sont plus à l'aise avec vous, vous font confiance, vous obtenez un résultat valide. »

« Lorsque vous évaluez un enfant, vous devez le jumeler avec la personne appropriée. Vous ne mettez pas un enfant qui a subi une agression sexuelle dans une pièce seule avec un homme pour faire une évaluation. Cela va affecter les résultats. »

Des intervenants et gestionnaires ont mentionné que certains parents ont des difficultés à comprendre la démarche de dépistage auprès de leur enfant et que d'autres refusent d'y prendre part, car ils perçoivent des biais défavorables chez les intervenants et craignent que les informations soient utilisées à leur désavantage. Or, les parents consultés ont dit qu'ils souhaitaient qu'une attention soit accordée au développement de

leur enfant, pourvu que la démarche et les résultats leur soient communiqués explicitement. Les jeunes adultes consultés ont tenu les mêmes propos.

« Il n'y a pas toujours d'explication appropriée: qu'allez-vous faire de ces informations. On se méfie... cela va-t-il apparaître dans mon dossier envoyé à la Cour? Allez-vous le montrer à mes parents? Vont-ils être fâchés de mes réponses? Surtout les enfants qui ont subi des violences physiques, ils craignent de vivre des conséquences s'ils disent ça ou ça. »

Conditions à mettre en place après l'administration de l'outil de dépistage

Les jeunes adultes consultés ont mentionné qu'ils auraient souhaité être informés des résultats du dépistage et des éléments qui seront inscrits à leur dossier.

Les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants des Premières Nations ont aussi soulevé des préoccupations liées à l'utilisation d'outils de dépistage qui ne sont pas adaptés à leur culture. Ils souhaitent donc que les résultats soient interprétés et utilisés avec prudence, en tenant compte du contexte de vie des familles et de leurs communautés.

Enfin, certains parents ont rapporté ne pas avoir reçu de rétroaction ou de conseils à la suite de l'évaluation du développement de leur enfant, alors qu'ils s'y attendaient.

3.10.3. Données issues des rencontres auprès des membres du comité de travail

Au regard des conditions favorables au dépistage, les membres du comité de travail ont souligné que le dépistage devrait s'inscrire dans une démarche clinique qui implique d'accompagner le parent et le jeune avant, pendant et après le dépistage, afin d'assurer la validité des informations recueillies par le biais de l'outil. À cet égard, ils ont mentionné que l'intervenant devrait :

- vérifier si l'enfant ou le jeune a déjà fait l'objet d'un dépistage;
- mobiliser le parent et le jeune;
- présenter au parent et au jeune l'objectif du dépistage et la démarche;
- expliquer au parent, à l'enfant ou au jeune que le dépistage s'inscrit dans une démarche clinique;
- développer un lien de confiance;
- obtenir un consentement éclairé;
- accompagner le parent et le jeune pour remplir le questionnaire, si nécessaire, selon leur niveau de littératie et leurs spécificités culturelles et linguistiques;
- communiquer les résultats au parent et au jeune en s'assurant de leur compréhension (vulgariser, adapter le langage, utiliser un langage positif, circonscrire le dépistage, situer le résultat dans l'ensemble de la démarche en

protection de la jeunesse, en orientant vers des services d'évaluation globale du développement) et en utilisant un langage non stigmatisant;

- recourir à un interprète, au besoin;
- aviser le parent qu'il est possible qu'une référence vers un autre service soit faite si le dépistage s'avère positif (pour préparer le jeune et sa famille);
- impliquer le parent dans les actions à prendre.

Les membres du comité ont aussi fait valoir qu'il est essentiel que l'intervenant tienne compte des compétences du parent et de sa situation personnelle lors de l'administration de l'outil de dépistage. Ils ont également souligné la nécessité, pour l'intervenant, d'avoir une connaissance approfondie du développement global des enfants, de manière à bien interpréter les résultats de l'outil administré. Les membres ont fait état de leur inquiétude quant à l'utilisation d'outils de dépistage comme une simple mesure administrative, et non comme un moyen de mieux répondre aux nombreux besoins développementaux des enfants et des jeunes en protection de la jeunesse. Ils ont exprimé le besoin de prévoir une harmonisation des outils de dépistage utilisés par les différents milieux d'intervention, car ils peuvent différer d'un milieu à l'autre.

Finalement, les membres du comité ont indiqué à plusieurs reprises la nécessité que des services soient offerts à la suite de l'identification de difficultés et retards liés au développement chez un enfant. En plus de répondre aux besoins des enfants, cette condition fait en sorte, selon eux, que le dépistage garde un sens aux yeux des intervenants. Il a été évoqué que, lorsque des délais importants sont connus pour accéder à des services, les intervenants sont susceptibles de ne pas procéder au dépistage, qui est alors considéré d'avance comme futile. Les membres du comité ont également souligné que les problèmes d'accès aux services d'évaluation diagnostique et d'intervention étaient particulièrement présents dans les régions qui disposent de moins de ressources. La continuité des services pour les enfants et les jeunes en protection de la jeunesse devrait être assurée par des ententes de services formalisées.

3.10.4. Recommandation

Sur la base des données et informations recueillies, l'INESSS émet la recommandation suivante.

RECOMMANDATION 10

Afin d'optimiser les avantages et de réduire les inconvénients liés à l'utilisation d'un outil de dépistage, celle-ci doit s'inscrire dans un processus clinique, et ce, peu importe le répondant ou la modalité d'administration retenue (p. ex. : questionnaire autocomplété, entrevue).

Ce processus clinique implique que l'intervenant mette en œuvre certaines conditions favorables au dépistage avant, pendant et après l'administration de l'outil.

R10.1 Avant l'administration de l'outil de dépistage, l'intervenant doit :

- identifier les modalités d'administration qui sont adaptées :
 - aux spécificités culturelles et linguistiques du répondant;
 - aux caractéristiques personnelles et à l'état émotionnel du répondant (ex. : niveau de littératie, histoire personnelle, contexte de vie);
- choisir un lieu approprié, en tenant compte des préférences du répondant;
- choisir un moment qui convient au répondant.

R10.2 Lors de l'administration de l'outil de dépistage, l'intervenant doit :

- instaurer un climat de confiance avec le répondant;
- expliquer l'objectif et le déroulement du dépistage;
- expliquer la nature et la portée des résultats attendus, de même que les avantages et les inconvénients du dépistage;
- expliquer au répondant comment les informations fournies seront traitées (ex. : confidentialité, informations portées au dossier clinique);
- donner des instructions claires pour compléter l'outil ou les tâches;
- clarifier les questions ou les items susceptibles d'être mal compris ou interprétés;
- assurer un soutien lors de la passation de l'outil, au besoin.

R10.3 Après l'administration de l'outil de dépistage, l'intervenant doit :

- répondre aux préoccupations du répondant en lien avec l'administration de l'outil de dépistage ou le développement de l'enfant;
- discuter des résultats obtenus avec le parent et le jeune dans un cadre approprié et, le cas échéant, des suites à donner;
- planifier et effectuer le suivi et les interventions requises en protection de la jeunesse, pour répondre aux besoins identifiés en lien avec le dépistage d'indices de difficultés et retards liés au développement;
- diriger ou accompagner vers les services requis, en complémentarité avec les services offerts en protection de la jeunesse, si les résultats indiquent la présence d'indices de difficultés ou retards liés au développement.

Tableau 2 Tableau synthèse des recommandations

	RECOMMANDATIONS
1. QUELS SONT LES OUTILS ET PROCESSUS QUI PERMETTENT DE RÉPONDRE À L'OBJECTIF DE DÉPISTAGE ? 1.1 Quelles sont les dimensions à évaluer? 1.2 Quelles sont les caractéristiques des outils? 1.3 Quelles sont les conditions d'utilisation liées aux outils? 1.4 Quels sont les résultats du dépistage?	R1 Étant donné que l'enfant ou le jeune recevant des services en protection de la jeunesse est susceptible d'avoir fait l'objet d'un dépistage des difficultés et retards liés à son développement ou d'une évaluation liée au développement dans d'autres milieux (ex. : service de garde, établissement scolaire, groupe de médecine familiale, services de première ligne mission CLSC), l'intervenant en protection de la jeunesse doit s'assurer que le dépistage des difficultés et retards liés au développement de chaque enfant et jeune qui reçoit des services en vertu de la LPJ est réalisé. 1) L'intervenant en protection de la jeunesse doit d'abord vérifier si un dépistage ou une évaluation liée au développement a déjà été réalisé auprès de l'enfant ou du jeune par un intervenant/partenaire. 2) Si un dépistage ou une évaluation liée au développement a déjà été réalisé, l'intervenant doit prendre en compte les résultats s'ils ont été obtenus dans la dernière année. 3) Si un dépistage ou une évaluation liée au développement n'a pas déjà été réalisé, l'intervenant doit procéder au dépistage ou s'assurer qu'un autre intervenant ou partenaire effectue ce dépistage. R2 Le dépistage réalisé à l'aide d'un outil conçu à cette fin permet d'identifier un plus grand nombre d'enfants et de jeunes avec des difficultés et retards liés au développement, comparativement à une identification basée uniquement sur la perception de l'intervenant. De plus, les avantages à utiliser un tel outil sont nombreux et plus importants que les inconvénients. Par conséquent, un outil de dépistage conçu à cette fin doit être utilisé pour dépister et faire le suivi des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ. R3 Au-delà des besoins de protection, le développement des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ devrait faire l'objet d'une attention constante. En ce qui concerne plus spécifiquement le dépistage des difficultés et retards liés au développement, et en conformité avec les lignes directrices recensées, il devrait porter sur : • le développement socioémotionnel, langagier, moteur et cognitif, pour les enfants âgés de 0-5 ans; • le développement socioémotionnel, l'état de santé mentale et le fonctionnement psychosocial, pour les enfants âgés de 6-12 ans; • le développement socioémotionnel, l'état de santé mentale, le fonctionnement psychosocial et l'utilisation de substances psychoactives, pour les jeunes âgés de 13-18 ans. R4 Les outils de dépistage à utiliser doivent présenter les caractéristiques jugées indispensables suivantes : • avoir des propriétés psychométriques adéquates (sensibilité et spécificité > 0,70); • faire ressortir non seulement les difficultés de l'enfant, mais également ses forces; • avoir des instructions d'administration et de cotation claires; • être disponibles en français et en anglais. R4.1 Sur la base des informations recueillies dans le cadre du présent avis, les outils de dépistage qui présentent les caractéristiques jugées indispensables sont, pour les enfants âgés de 0-5 ans : • Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) – Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL 1 ½-5) • Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3) • Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQSE-2) • Behavior Assessment System for Children (BASC-3) – Questionnaire des parents – préscolaire (2-5 ans) • Brigance - Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans (Version 3) • Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) • Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) R4.2 Sur la base des informations recueillies dans le cadre du présent avis, les outils de dépistage qui présentent les caractéristiques jugées indispensables sont, pour les enfants et jeunes âgés de 6-18 ans : • Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) – Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL/6-18) – Youth Self-Report for Ages 11-18 (YSR/11-18) • Behavior Assessment System for Children (BASC-3) – Questionnaire des parents – enfants (6-11 ans) – Questionnaire des parents – adolescents (12-21 ans) – Auto-évaluation de l'enfant (6-7 ans) – Auto-évaluation de l'enfant (8-11 ans) – Auto-évaluation de l'adolescent (12-21 ans) • Dominique Interactif (6-11 ans / 12-16 ans) • Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) NOTE : D'autres outils de dépistage pourraient s'ajouter aux outils recommandés en R4.1 et R4.2 si la présence des quatre caractéristiques jugées indispensables était démontrée (R4). R5 Des outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement adaptés et normés auprès d'enfants et de jeunes autochtones devraient être utilisés. Toutefois, sur la base des informations recueillies dans le cadre du présent avis, aucun outil ne répond à ces exigences à l'heure actuelle. Des initiatives devraient être encouragées afin de concevoir, en collaboration avec les communautés autochtones, des outils de dépistage : • normés pour les enfants et les jeunes de ces communautés; • culturellement adaptés, c'est-à-dire dont l'équivalence langagière, opérationnelle ainsi que de sens et de symbolique a été établie.

RECOMMANDATIONS

	R6 Il est généralement convenu qu'un dépistage précoce dans la vie d'un enfant ou d'un jeune est préférable, dans l'objectif d'assurer son développement optimal. Cependant, les données issues de la littérature recensée ne permettent pas de déterminer si, dans le processus d'intervention en protection de la jeunesse, un dépistage réalisé le plus tôt possible, c'est-à-dire à l'étape de l'évaluation de la situation de l'enfant, est également préférable. De même, les délibérations tenues lors des rencontres du comité de travail n'ont pas permis de dégager de consensus sur cette question. Par conséquent, il est recommandé que le MSSS, en collaboration avec l'ensemble des partenaires et parties prenantes concernées, détermine si le dépistage des difficultés et retards liés au développement doit être effectué uniquement auprès des enfants et des jeunes recevant des services en vertu de la LPJ, à l'étape « Mise en place des mesures de protection » (application des mesures), ou également auprès de ceux qui reçoivent des services en vertu de la LPJ aux étapes « Évaluation de la situation de l'enfant » « Orientation – Choix des mesures de protection ». R7 La vulnérabilité des enfants et des jeunes en contexte de protection entraîne la nécessité d'assurer un suivi de leur développement à chacune des étapes du processus d'intervention. Un dépistage périodique est recommandé pour effectuer ce suivi. Par conséquent, il est recommandé qu'un outil de dépistage des difficultés et retards liés au développement soit administré minimalement une fois par année. L'intervenant devrait considérer le fait d'augmenter la fréquence du dépistage en présence de conditions particulières, notamment : – si l'enfant est âgé de moins de 2 ans; – s'il y a des préoccupations cliniques; – à la suite d'événements importants ou moments de transition chez l'enfant (p. ex. : placement, changement de milieu de vie, transition scolaire, transition à la vie adulte). R8 Le parent et le jeune devraient être impliqués dans le dépistage des difficultés et retards liés au développement lorsqu'ils sont en mesure de participer, et ce, peu importe la modalité d'administration de l'outil. Si aucun des parents n'est en mesure de participer au dépistage, l'intervenant devrait identifier, en collaboration avec le jeune, un autre adulte significatif. R9 Lorsque disponible et appropriée, la modalité d'administration autocomplétée des outils de dépistage devrait être privilégiée auprès des parents et des jeunes.
2- QUELS SONT LES AVANTAGES/BÉNÉFICES LIÉS AU DÉPISTAGE DES DIFFICULTÉS ET RETARDS DU DÉVELOPPEMENT (OUTILS ET PROCESSUS)? POUR L'ENFANT? POUR LA FAMILLE? POUR LES INTERVENANTS?	R10 Afin d'optimiser les avantages et de réduire les inconvénients liés à l'utilisation d'un outil de dépistage, celle-ci doit s'inscrire dans un processus clinique, et ce, peu importe le répondant ou la modalité d'administration retenue (ex. : questionnaire autocomplété, entrevue). Ce processus clinique implique que l'intervenant mette en œuvre certaines conditions favorables au dépistage avant, pendant et après l'administration de l'outil. R10.1 Avant l'administration de l'outil de dépistage, l'intervenant doit : • identifier les modalités d'administration qui sont adaptées : – aux spécificités culturelles et linguistiques du répondant; – aux caractéristiques personnelles et à l'état émotionnel du répondant (ex. : niveau de littératie, histoire personnelle, contexte de vie); • choisir un lieu approprié, en tenant compte des préférences du répondant; • choisir un moment qui convient au répondant.
3- QUELS SONT LES DÉSAVANTAGES/RISQUES LIÉS AU DÉPISTAGE DES DIFFICULTÉS ET RETARDS DU DÉVELOPPEMENT (OUTILS ET PROCESSUS)? POUR L'ENFANT? POUR LA FAMILLE? POUR LES INTERVENANTS?	R10.2 Lors de l'administration de l'outil de dépistage, l'intervenant doit : • instaurer un climat de confiance avec le répondant; • expliquer l'objectif et le déroulement du dépistage; • expliquer la nature et la portée des résultats attendus, de même que les avantages et les inconvénients du dépistage; • expliquer au répondant comment les informations fournies seront traitées (ex. : confidentialité, informations portées au dossier clinique); • donner des instructions claires pour compléter l'outil ou les tâches; • clarifier les questions ou les items susceptibles d'être mal compris ou interprétés; • assurer un soutien lors de la passation de l'outil, au besoin.
4. QUELLES SONT LES SUITES À DONNER À L'ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT (MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE, RÉFÉRENCES ET AUTRES)?	R10.3 Après l'administration de l'outil de dépistage, l'intervenant doit : • répondre aux préoccupations du répondant en lien avec l'administration de l'outil de dépistage ou le développement de l'enfant; • discuter des résultats obtenus avec le parent et le jeune dans un cadre approprié et, le cas échéant, des suites à donner; • planifier et effectuer le suivi et les interventions requises en protection de la jeunesse, pour répondre aux besoins identifiés en lien avec le dépistage d'indices de difficultés et retards liés au développement; • diriger ou accompagner vers les services requis, en complémentarité avec les services offerts en protection de la jeunesse, si les résultats indiquent la présence d'indices de difficultés ou retards liés au développement.

4. ASPECTS ORGANISATIONNELS FACILITANT LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

Cette section de l'avis porte sur les aspects organisationnels susceptibles de faciliter la mise en œuvre des recommandations du présent avis. Ces facilitateurs ont été identifiés à la fois dans la littérature et lors des consultations réalisées auprès des parties prenantes. Ils concernent la formation des intervenants œuvrant en protection de la jeunesse, le processus clinique entourant le dépistage des difficultés et retards liés au développement, en termes de collaboration et de coordination des services entre les partenaires, et, finalement, la communication des informations cliniques.

Mentionnons toutefois que cette section ne présente pas tous les aspects organisationnels qui pourraient s'appliquer puisqu'aucune revue de littérature spécifique n'a été effectuée à ce sujet.

4.1. Formation des intervenants œuvrant en protection de la jeunesse

Les besoins de formation des intervenants en protection de la jeunesse, en ce qui concerne les difficultés et retards liés au développement, ont été abondamment soulignés. En effet, la littérature consultée et les commentaires recueillis indiquent des besoins de formation particulièrement importants quant à la connaissance du développement normatif des enfants et des jeunes, et ce, plus spécifiquement pour ceux âgés de 6 à 18 ans.

De même, des intervenants en protection de la jeunesse ont mentionné avoir des besoins de formation relatifs à l'utilisation d'outils de dépistage de difficultés ou de retards ainsi qu'en ce qui concerne les particularités du dépistage lorsqu'il s'applique à des problématiques particulières, telles que l'état de santé mentale [Herman-Smith et Schmitt, 2014; Shannon et Tappan, 2011; Levitt, 2009; Whyte et Campbell, 2008]. Certains auteurs font écho aux préoccupations rapportées lors des consultations. Ils indiquent que la formation doit permettre : de développer des habiletés pour réaliser des entrevues auprès des enfants et des jeunes et pour répondre aux questions des parents ; d'apprendre à interpréter les résultats obtenus et à en effectuer la rétroaction auprès des enfants, des jeunes et des parents ; de connaître les pratiques recommandées pour assurer le suivi du dépistage, dont la référence vers des ressources appropriées [Herman-Smith et Schmitt, 2014; Levitt, 2009].

La complexification des problématiques chez les jeunes en difficulté et leurs familles nécessite des adaptations constantes et continues dans les pratiques. Aussi, la prise en compte des besoins de formation des intervenants œuvrant dans des secteurs complexes¹⁹ contribuerait à la rétention du personnel [Gouvernement du Québec, 2017].

¹⁹ Le terme « complexe » est associé à des interventions intégrées et conjointes qui impliquent plusieurs partenaires pour assurer une réponse cohérente aux besoins des jeunes et de leurs parents, et qui sont susceptibles de nécessiter un PSI [Gouvernement du Québec, 2017].

Le personnel du réseau doit notamment bénéficier de formations sur l'intervention en milieu autochtone et auprès des personnes issues des communautés ethnoculturelles [Gouvernement du Québec, 2017]. Des auteurs indiquent que la formation relative aux problèmes intériorisés est peu développée [Gonzalez-Garcia *et al.*, 2017], et qu'il y aurait lieu de former davantage les intervenants au dépistage et à la gestion de ces problèmes chez les enfants et jeunes hébergés puisqu'ils sont souvent moins dépistés que les problèmes extériorisés [Raghavan *et al.*, 2010; Romanelli *et al.*, 2009].

Par ailleurs, les membres du comité ont mentionné que le roulement et la pénurie de personnel en protection de la jeunesse constituent des obstacles à la formation, offerte à l'embauche et en cours d'emploi, et au maintien de l'expertise dans les équipes. Aussi, ils ont souligné l'importance que soit assurée une adéquation entre la charge de travail des intervenants et les activités cliniques attendues en protection de la jeunesse, pour que celles-ci soient effectuées selon les meilleures pratiques prônées lors des formations. En ce qui concerne le dépistage, ou l'utilisation d'outils d'évaluation dans un sens plus large, les intervenants ont mentionné leur préoccupation d'avoir à ajouter le dépistage à leur tâche. Les parties prenantes consultées suggèrent que les formations soient offertes sur de courtes durées, au bon moment, et que des activités de transfert des connaissances soient intégrées dans la pratique et accompagnées par du soutien et de la supervision clinique.

Finalement, le *Center for the Study of Social Policy* [2018] recommande qu'il y ait davantage de concertation entre les partenaires au regard de la formation et du mentorat des intervenants en protection de la jeunesse, afin que les établissements aient une meilleure connaissance des exigences en matière de dépistage et que les intervenants soient mieux outillés pour identifier les besoins des enfants et des jeunes.

4.2. Collaboration et coordination des services entre les partenaires

Plusieurs avantages associés à la collaboration et à la coordination des services entre les partenaires œuvrant auprès des enfants et des jeunes recevant des services en protection de la jeunesse en contexte de dépistage ont été identifiés, tant dans la littérature que par les personnes consultées. Tout d'abord, pour assumer pleinement leur mandat de protection et répondre aux besoins des enfants et des jeunes sous leur responsabilité, les services de protection de la jeunesse doivent établir une collaboration étroite et une coordination entre les services de protection et les autres services à l'enfance qui leur sont associés [Center for the Study of Social Policy, 2018]. Il est reconnu dans la littérature que la grande vulnérabilité des enfants et des jeunes recevant des services en protection de la jeunesse nécessite que ces partenaires conviennent de responsabilités partagées. Le MSSS en souligne également l'importance dans ses *Orientations ministérielles relatives au programme services Jeunes en difficulté* : « Les milieux scolaires, de garde, sociojudiciaires, socioprofessionnels, municipaux ainsi que les organismes communautaires jeunesse sont concernés par le bien-être et le développement optimal des jeunes. Les services médicaux (centres de pédiatrie, GMF, cliniques médicales privées, établissements non fusionnés) peuvent également avoir un rôle à jouer auprès de ceux-ci. » [Gouvernement du Québec, 2017] (p. 40).

Des mécanismes de collaboration en contexte de dépistage relevés dans la littérature incluent la mise en oeuvre d'un système centralisé de suivi des données administratives et cliniques commun à l'ensemble des partenaires auprès des enfants et des jeunes en protection. Aussi, la collaboration entre les professionnels des services de protection de la jeunesse et ceux des autres services à l'enfance améliore leurs relations, augmente la compréhension des rôles de chacun, permet de développer un langage commun et d'intervenir au regard des besoins identifiés [Whyte et Campbell, 2008]. Par exemple, la mise en place de services de protection et d'intervention en petite enfance dans les mêmes locaux contribuerait à améliorer les relations de travail entre les intervenants des équipes des deux services, faciliterait l'accès pour les intervenants de la protection à une ressource spécialisée au regard de l'évaluation du développement de l'enfant et de l'élaboration de plans d'intervention [Herman-Smith et Schmitt, 2014].

Selon les parties prenantes consultées, l'élaboration de trajectoires ou d'ententes de services entre les différents milieux d'intervention peut contribuer à réduire les listes d'attente. Ceci peut également permettre une intervention plus rapide et adaptée auprès de l'enfant ou du jeune qui a été dépisté avec une difficulté ou un retard de développement. Des auteurs soulignent que lorsque des trajectoires sont convenues entre les partenaires, on peut prioriser les demandes pour les enfants en protection de la jeunesse, compte tenu de leur vulnérabilité. Cela contribuerait à réduire les délais d'accès aux services pour cette clientèle, permettrait d'éviter les multiples références et aiderait à déterminer les besoins qui doivent être comblés [Whyte et Campbell, 2008]. Les mécanismes de référence mis en place entre les différents secteurs d'intervention et partenaires à l'intérieur de ces trajectoires doivent favoriser la fluidité du suivi du développement des enfants à la suite d'un dépistage. Il s'avère que la disponibilité des ressources pour répondre aux besoins identifiés facilite l'orientation de l'enfant vers les services requis. À cet égard, les parties prenantes consultées soulignent une importante disparité des ressources entre les régions, ce qui est susceptible d'avoir un impact sur les délais d'attente. Or, la responsabilité clinique et éthique est d'assurer la mise en place des services nécessaires à la suite d'un dépistage, selon le délai requis pour offrir une réponse au bon moment aux besoins des enfants et des jeunes dépistés.

Selon les personnes consultées, les intervenants doivent connaître les services disponibles pour favoriser les références nécessaires à la suite d'un dépistage. Il apparaît souhaitable de confier à un membre du personnel la fonction d'orienter les références [Whyte et Campbell, 2008], ou de prévoir la coordination d'une telle fonction pour assurer une liaison entre les services de protection et les services d'intervention [Bruhn *et al.*, 2008]. L'AAP recommande que, lorsque cela est possible, les services de protection mettent en place ou aient accès à des équipes multidisciplinaires, de manière à effectuer le dépistage et les évaluations requises à la suite de ce dernier, et ce, sur une base continue [Levitt, 2009]. Aussi, au Québec, la LPJ prévoit que la personne responsable de l'application des mesures informe l'enfant ou le jeune et ses parents, à la fin de l'intervention en protection de la jeunesse, des ressources et des services disponibles dans leur milieu et les y accompagne s'ils le désirent [INESSS, 2019].

4.3. Communication des informations cliniques

L'importance de la communication des informations cliniques entre les professionnels a été mentionnée par plusieurs parties prenantes lors des consultations. Le renforcement de la communication contribue à éviter le chevauchement des services, ainsi qu'à une plus grande fluidité entre ceux-ci. En effet, il apparaît nécessaire de favoriser la communication entre les intervenants impliqués auprès de l'enfant et de sa famille, notamment en ce qui concerne les résultats obtenus à la suite de la passation d'un outil de dépistage. Cependant, l'enjeu des règles strictes de confidentialité a été maintes fois soulevé, autant par les intervenants et gestionnaires consultés que par les membres du comité de travail. L'implication des jeunes et des parents dans la démarche du dépistage favorise leur consentement à ces échanges entre les professionnels. L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de services individualisé favorisent aussi cette communication et cette concertation.

En plus des communications plus directes entre les intervenants, la *correspondance* entre les différents systèmes d'information cliniques a été mentionnée comme pouvant faciliter l'accessibilité de l'information. Actuellement, et même s'ils sont offerts dans le même établissement, les services de la protection de la jeunesse et les services de la première ligne (notamment les services aux jeunes en difficulté offerts par les intervenants de la mission CLSC) disposent de systèmes d'information différents pour entrer les données relatives aux interventions réalisées auprès de l'enfant et de sa famille. Des dossiers cliniques distincts sont ainsi créés, tant informatiques que physiques, et sont soumis à des règles d'accès et d'archivage tout aussi distinctes. Ainsi, un enfant et sa famille peuvent bénéficier d'intervention dans ces deux services, sans qu'il y ait de possibilité de traiter les informations les concernant de façon centralisée.

De manière encore plus large qu'entre des services du même établissement, l'utilisation d'un dossier électronique ou physique unique et partagé entre les partenaires est encouragée par l'AAP puisqu'il contribuerait à augmenter la quantité d'information recueillie par les professionnels de différents milieux d'intervention qui interviennent en collaboration auprès des enfants et des jeunes en famille d'accueil [Committee on Early Childhood, Adoption and Dependant Care, 2002]. De même, l'emploi d'un dossier unique et partagé est recommandé pour centraliser les données de dépistage concernant le développement de l'enfant ainsi que son histoire psychosociale et familiale [Council on Foster Care *et al.*, 2015].

Finalement, la qualité et la récence des informations consignées dans le dossier de l'enfant doivent être favorisées pour éviter les interprétations erronées et la répétition de la collecte d'information, dont le dépistage des difficultés et retards liés au développement, lors de changement d'intervenant dans le même service.

CONCLUSION

Les travaux réalisés dans le cadre de cet avis ont permis de dégager les meilleures pratiques relatives au dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et jeunes recevant des services en vertu de la LPJ. Des réponses ont été apportées aux questions d'intérêt visant à identifier des outils de dépistage et à documenter le processus permettant de répondre à cet objectif (les dimensions, les caractéristiques, les conditions d'utilisation, les avantages et inconvénients), ainsi qu'au regard des suites à donner au dépistage (modalités de prise en charge, références, etc.). Un comité de travail a accompagné la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale dans la réalisation de ce mandat qui lui avait été confié par la Direction des services aux jeunes et aux familles du MSSS. Au démarrage du projet, le mandat était de répondre à l'une des mesures du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020, qui prévoit que tous les enfants et les jeunes suivis en protection de la jeunesse bénéficient d'une évaluation de leur développement à partir d'un outil clinique [Gouvernement du Québec, 2014]. Dans sa requête adressée à l'Institut, le MSSS a précisé que cette évaluation du développement devrait s'effectuer plus spécifiquement dans une perspective de dépistage. Aussi, il a été convenu avec le ministère d'identifier des outils à recommander au RSSS pour réaliser ce dépistage et de s'intéresser au suivi du développement des enfants à travers le processus d'intervention en protection de la jeunesse. Des échanges avec le MSSS et les membres du comité de travail ont conduit à considérer également le processus clinique entourant l'utilisation de ces outils. Par ailleurs, il a été souhaité de répondre à des préoccupations soulevées par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) quant à l'adaptation de modalités de dépistage à leurs diverses cultures.

L'intégration des savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels a permis d'émettre dix recommandations visant à guider le MSSS et les établissements au regard des meilleures pratiques en termes de dépistage des difficultés et retards de développement pour les enfants et jeunes recevant des services en vertu de la LPJ. La plupart des outils recommandés dans cet avis pour les enfants d'âge préscolaire (0-5 ans) sont déjà connus et utilisés par les intervenants de la protection de la jeunesse et leurs partenaires. D'autres outils de dépistage sont également recommandés pour les enfants âgés de 6 à 18 ans, ce qui répond au besoin identifié par les parties prenantes d'être mieux outillés pour ce groupe d'âge. Ces recommandations provinciales sur l'utilisation spécifique d'outils de dépistage en fonction de différents groupes d'âge sont susceptibles de favoriser une harmonisation des pratiques.

Les travaux réalisés ont démontré que l'utilisation d'un outil de dépistage augmente de façon significative la capacité d'identifier ceux qui présentent des difficultés et retards liés au développement, comparativement à un « dépistage » reposant uniquement sur le jugement clinique des intervenants. L'identification de ces difficultés et retards liés au développement des enfants, le plus tôt possible dans la trajectoire de services, est

susceptible de favoriser une réponse et un suivi plus rapides aux besoins développementaux soulevés. Enfin, la littérature retenue et les propos des parties prenantes consultées font ressortir l'importance d'impliquer et d'accompagner le parent et le jeune avant, pendant et après la passation de l'outil de dépistage, afin d'en maximiser les avantages et d'en minimiser les inconvénients.

Par ailleurs, une attention particulière a été portée aux outils de dépistage à utiliser auprès des enfants et jeunes autochtones. Nos travaux indiquent que des outils de dépistage culturellement adaptés et normés pour les enfants autochtones devraient être employés auprès d'eux. Cependant, à notre connaissance, aucun des outils de dépistage sélectionnés ne répond à ces exigences à l'heure actuelle, ce qui ne permet pas de formuler de recommandation à cet égard. Des initiatives devraient être encouragées en ce sens.

Des aspects organisationnels favorables à la mise en œuvre des recommandations de cet avis ont également été dégagés, à partir des parties prenantes consultées que dans la littérature consultée. Tout d'abord, les besoins de formation des intervenants afin de leur permettre d'accroître et de consolider leurs connaissances concernant le développement normatif, plus particulièrement en ce qui concerne les enfants âgés de 6 à 18 ans. De telles connaissances étant essentielles pour soutenir l'utilisation des outils de dépistage des retards et difficultés de développement en protection de la jeunesse. Aussi, d'autres défis ont été soulevés par les parties prenantes associés à la charge de travail élevée des intervenants, dans un contexte de mouvance et de pénurie de personnel. À cet égard, soulignons que les outils recommandés dans cet avis nécessitent peu de temps de passation, qu'ils sont brefs et faciles d'utilisation.

Par ailleurs, il a été soulevé que le dépistage des difficultés et retards de développement des enfants et des jeunes recevant des services en protection de la jeunesse et le suivi de leur développement n'incombent pas de façon exclusive aux services de la protection de la jeunesse. La littérature et les consultations des parties prenantes en appui à cet avis soulignent que ceux-ci relèvent d'une responsabilité collective. Ainsi, bien que la mesure du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 cible le dépistage des enfants recevant des services en protection de la jeunesse, la responsabilité de favoriser le développement doit être partagée entre les services de la protection de la jeunesse et les services de première ligne (programme Jeunes en difficulté, SIPPE, cliniques médicales, centres de pédiatrie sociale et autres) offerts aux jeunes et à leurs familles dans le RSSS et par ses partenaires intersectoriels (services de garde éducatifs, milieux scolaires et autres). Les arrimages entre les services de la protection de la jeunesse et leurs partenaires facilitent le suivi du développement des enfants et des jeunes à la suite du dépistage de difficultés ou de retards liés au développement. De plus, des initiatives telles que le programme *Agir tôt* et le programme *ABCdaire* constituent des investissements substantiels récents pour intervenir le plus tôt possible dans le développement de l'enfant.

Aussi, bien que cet avis porte spécifiquement sur le dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes (0-18 ans), il n'exclut pas de procéder à une évaluation globale du développement, lorsque cela est requis. D'éloquents

témoignages de jeunes, de parents, d'intervenants, de chercheurs et décideurs ont souligné l'importance de se préoccuper du sain développement de tous les enfants québécois et d'assurer leur protection et leur bien-être. Cet avis a également mis en lumière l'importance de s'occuper du développement des enfants le plus tôt possible et au-delà de la petite enfance, ce qui fait écho non seulement au Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 qui a suscité les présents travaux, mais aussi à une préoccupation de la société pour que les jeunes adultes ayant reçu des services de la protection de la jeunesse puissent intégrer au mieux le monde adulte et contribuer positivement au devenir de la société québécoise.

RÉFÉRENCES

- Adolph KE, Robinson SR, Young JW, Gill-Alvarez F. What is the shape of developmental change? *Psychological review* 2008;115(3):527.
- American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. The case for routine mental health screening. *Pediatrics* 2010;125:S133-S9.
- American Psychiatric Association. DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015.
- Bennett B, McDonald J, Knight J, Comino E, Henry R. Assessing development of urban Aboriginal infants. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2010;46(7-8):384-91.
- Bradford S et Rickwood D. Psychosocial assessments for young people: a systematic review examining acceptability, disclosure and engagement, and predictive utility. *Adolescent health, medicine and therapeutics* 2012;3:111-25.
- Breton A, Dufour S, Lavergne C. Les enfants autochtones en protection de la jeunesse au Québec: leur réalité comparée à celle des autres enfants. *Criminologie* 2012;45(2):157-85.
- Bright Futures Steering Committee & Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006;118(1):405-20.
- Bruhn CM, Duval D, Louderman R. Centralized assessment of early developmental delays in children in foster care: A program that works. *Children and Youth Services Review* 2008;30(5):536-45.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for developmental delay. *Canadian Medical Association Journal* 2016;188(8):579-87.
- Cao Y, Bunger AC, Hoffman J. Caregiver engagement in the behavioral health screening and assessment for child welfare-involved children: child welfare and behavioral health workers' perspectives. *Journal of Public Child Welfare* 2019;13(1):101-24.
- Center for the Study of Social Policy. Opportunities to strengthen developmental screening for children involved in child welfare systems. Washington, DC : CSSP; 2018. Disponible à : <https://cssp.org/wp-content/uploads/2018/09/Developmental-Screening-FINAL.pdf>.
- Chitsabesan P, Lennox C, Theodosiou L, Law H, Bailey S, Shaw J. The development of the comprehensive health assessment tool for young offenders within the secure estate. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2014;25(Criminal Behavior & Juvenile Delinquency [3236]):1-25.

- Comité d'experts sur le dépistage et la surveillance en santé au travail. Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2009. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/990_CadreDepistageSanteTravail.pdf.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. Analyse des trajectoires des jeunes des Premières Nations assujettis à la Loi sur la protection de la jeunesse. Volet 3: Analyse de données de gestion des établissements offrant des services de protection de la jeunesse. CSSSPNQL; 2016. Disponible à : <https://www.cssspnql.com/docs/default-source/default-document-library/analyse-des-trajectoires---rapport-volet-3---fra.pdf?sfvrsn=0>.
- Committee on Adolescence. Health care for youth in the juvenile justice system. *Pediatrics* 2011;128(6):1219-35.
- Committee on Early Childhood, Adoption and Dependant Care. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 2002;109(3):536-41.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. Policy statement--The future of pediatrics: mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics* 2009;124(1):410-21.
- Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care, Committee on Adolescence, Council on Early Childhood. Health care issues for children and adolescents in foster care and kinship care. *Pediatrics* 2015;136(4):e1131-40.
- D'Aprano A, Silburn S, Johnston V, Robinson G, Oberklaid F, Squires J. Adaptation of the Ages and Stages Questionnaire for remote Aboriginal Australia. *Qualitative Health Research* 2016;26(5):613-25.
- D'Aprano AL, Carapetis JR, Andrews R. Trial of a developmental screening tool in remote Australian Aboriginal communities: A cautionary tale. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2011;47(1-2):12-7.
- Dionne C, McKinnon S, Squires J, Clifford J. Developmental screening in a Canadian First Nation (Mohawk): Psychometric properties and adaptations of Ages & Stages Questionnaires (2nd edition). *BMC Pediatrics* 2014;14:23.
- Directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux (DPJ/DP). 40 ans d'expertise pour bâtir l'avenir. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2019. Québec, Qc : DPJ/DP; 2019.
- Directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux (DPJ/DP). La cause des enfants tatouée sur le coeur. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2018. Québec, Qc : DPJ/DP; 2018.
- Ebesutani C, Bernstein A, Martinez JI, Chorpita BF, Weisz JR. The Youth Self Report: Applicability and validity across younger and older youths. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2011;40:338-46.

- Erhart M, Wetzel RM, Krugel A, Ravens-Sieberer U. Effects of phone versus mail survey methods on the measurement of health-related quality of life and emotional and behavioural problems in adolescents. *BMC Public Health* 2009;9:491.
- Findlay L, Kohen D, Miller A. Developmental milestones among Aboriginal children in Canada. *Paediatrics & Child Health* 2014;19(5):241-6.
- Glascoe FP et Marks KP. Screening for developmental and behavioral problems. Dans : Shevell M, réd. *Neurodevelopmental disabilities: Clinical and scientific foundations*. London : MacKeith Press for the International Child Neurology Association; 2009 : 85-105.
- Gonzalez-Garcia C, Bravo A, Arruabarrena I, Martin E, Santos I, Del Valle JF. Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review* 2017;73:100-6.
- Gouvernement du Québec. Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille. Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022. Québec, Qc : MSSS; 2017.
- Gouvernement du Québec. Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance. Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2014. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>.
- Gouvernement du Québec. Guide explicatif. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législative dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines Québec, Qc : Office des professions du Québec; 2013.
- Gouvernement du Québec. Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2010. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-838-04.pdf>.
- Goyette M, Bellot C, Blanchet A, Silva-Ramirez R. Stabilité résidentielle, instabilité résidentielle et itinérance des jeunes quittant un placement substitut pour la transition à la vie adulte. Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés. 2019a. Disponible à : <http://edjep.ca/wp-content/uploads/2019/11/Consultez-le-rapport-en-cliquant-ici.pdf>.
- Goyette M et Blanchet A. Étude sur le devenir des jeunes placés. Rapport sommaire de la vague 1. . Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables; 2019. Disponible à : http://edjep.ca/wp-content/uploads/2018/11/rapport_sommaire.pdf.
- Goyette M, Blanchet A, Bellot C. Le rôle de l'instabilité des trajectoires sur les transitions à la vie adulte. Rapport de vague 1. 2019b. Disponible à : http://edjep.ca/wp-content/uploads/2019/06/EDJeP_Stabilite.pdf.

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage du retard de développement. Ligne directrice. 2016. Disponible à : <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2019/10/28/cmaj.151437.DC4/151437-guide-fr.pdf>.
- Hélie S, Collin-Vézina D, Turcotte D, Trocmé N, Girouard N. Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014). 2017. Disponible à : <https://cwrp.ca/fr/publications/etude-d-incidence-quebecoise-sur-les-situations-evaluees-en-protection-de-la-jeunesse-5>.
- Herman-Smith R et Schmitt K. Implementing developmental screening programs for infants and toddlers in the child welfare system. *Journal of Public Child Welfare* 2014;8(4):416-32.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. L'application des mesures en protection de la jeunesse - Cadre de référence. Québec, Qc : INESSS; 2019. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_application-mesures-protection-jeunesse.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique. Montréal, Qc : INESSS; 2013. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf.
- Korevaar DA, Cohen JF, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, et al. Updating standards for reporting diagnostic accuracy: the development of STARD 2015. *Research Integrity and Peer Review* 2016;1(1):7.
- Le Corff Y et Yergeau E. Psychométrie à l'UdeS [site Web]. (s.d.). Disponible à : <https://psychometrie.espaceweb.usherbrooke.ca/> (consulté le 30 janvier 2020).
- Leslie LK, Gordon JN, Lambros K, Premji K, Peoples J, Gist K. Addressing the developmental and mental health needs of young children in foster care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2005;26(2):140.
- Letts L, Wilkins S, Law M, Stewart D, Bosch J, Westmorland M. Guidelines for critical review form: Qualitative studies (Version 2.0). McMaster university occupational therapy evidence-based practice research group 2007. Disponible à : <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Qualitative-Studies.pdf>.
- Levine LE et Munsch J. *Child development: An active learning approach*. Sage Publishing; 2010.
- Levitt JM. Identification of mental health service need among youth in child welfare. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program* 2009;88(1):27-48.

- McCrae JS, Cahalane H, Fusco RA. Directions for developmental screening in child welfare based on the Ages and Stages Questionnaires. *Children and Youth Services Review* 2011;33:1412-8.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. On a signalé la situation de votre enfant au DPJ. Que devriez-vous savoir maintenant? Québec : Gouvernement du Québec; 2020. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-838-02F.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. . Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2019a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-836-02W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Agir tôt pour la réussite de nos enfants - Le nouveau gouvernement du Québec annonce des mesures de détection et de prise en charge précoces des retards de développement chez les enfants [site Web]. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2019b. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1742/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique gouvernementale de prévention en santé. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2016. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines. Australian Government; 2009. Disponible à : <https://www.mja.com.au/sites/default/files/NHMRC.levels.of.evidence.2008-09.pdf>.
- Parker EM, Jacobson J, Pullmann MD, Kerns SE. Identifying psychosocial problems among children and youth in the child welfare system using the PSC-17: exploring convergent and discriminant validity with multiple informants. *Child Psychiatry & Human Development* 2019;50(1):108-20.
- Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage Publications; 2014.
- Pauzé R, Toupin J, Déry M, Mercier H, Joly J, Cyr M, et al. Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps. Sherbrooke, Qc: Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance 2004;
- Poirier M-A, Léveillé S, Clément M-È. *Jeunesse en tête. Au-delà du risque de maltraitance, les besoins de développement des enfants*. Québec, Qc : Presses de l'université du Québec; 2015.

- Raghavan R, Inoue M, Ettner SL, Hamilton BH, Landsverk J. A preliminary analysis of the receipt of mental health services consistent with national standards among children in the child welfare system. *American Journal of Public Health* 2010;100(4):742-9.
- Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord. Peuples et communautés autochtones [site Web]. Gouvernement du Canada; 2017. Disponible à : <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303> (consulté le 10 mars 2020).
- Robert M, Pauzé R, Fournier L. Factors associated with homelessness of adolescents under supervision of the youth protection system. *Journal of Adolescence* 2005;28(2):215-30.
- Romanelli LH, Landsverk J, Mass J, Levitt LKL, Hurley MM, Bellonci C, et al. Best practices for mental health in child welfare: Screening, assessment, and treatment guidelines. *Mental Health Services for Children Placed in Foster Care: An Overview of Current Challenges* 2009;88(1)
- Shannon P et Tappan C. Identification and assessment of children with developmental disabilities in child welfare. *Social Work* 2011;56(4):297-305.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.
- Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford University Press, USA; 2015.
- Szilagyi MA, Rosen DS, Rubin D, Zlotnik S, Council On Foster Care AaKC, Committee On Adolescence, Council On Early Childhood. Health care issues for children and adolescents in foster care and kinship care. *Pediatrics* 2015;136(4):e1142-66.
- Takesian AE et Hensch TK. Balancing plasticity/stability across brain development. Dans : Stephen Waxman, Donald G. Stein, Dick Swaab, Fields H, réd. *Progress in brain research*. Elsevier; 2013 : 3-34.
- Tyndall J. How low can you go? Towards a hierarchy of grey literature. Alice Springs : Presented at Dreaming08: Australian Library and Information Association Biennial Conference 2008.
- Undheim AM, Lydersen S, Kaye NS. Do school teachers and primary contacts in residential youth care institutions recognize mental health problems in adolescents? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2016;10
- Vereijken B. The complexity of childhood development: Variability in perspective. *Physical Therapy* 2010;90(12):1850-9.

- Vérificateur général du Québec. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020. Chapitre 5 Protection de la jeunesse: gestion des interventions à la suite d'un signalement à un directeur de la protection de la jeunesse. Québec, Qc : VGQ; 2020. Disponible à : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2019-2020-VGO-nov2019/fr_Rapport2019-2020-VGO-nov2019-ch05.pdf.
- Weitzman C, Wegner L, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Council on Early Childhood and Society for Developmental Behavioral Pediatrics. Promoting optimal development: screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics* 2015;135(2):384-95.
- Whyte S et Campbell A. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A useful screening tool to identify mental health strengths and needs in looked after children and inform care plans at looked after children reviews?: A focus group study of the views of social workers and their managers. *Child Care in Practice* 2008;14(2):193-206.
- Young NL, Wabano MJ, Blight S, Baker-Anderson K, Beaudin R, McGregor LF, et al. Relevance of the Aboriginal Children's Health and Well-being Measure beyond Wiikwemkoong. *Rural and Remote Health* 2017;17(2):3941.
- Young NL, Wabano MJ, Usuba K, Mishibinijima D, Jacko D, Burke TA. Reliability of the Aboriginal Children's Health and Well-Being Measure (ACHWM). *SpringerPlus* 2016;5(1):2082.
- Young NL, Wabano MJ, Usuba K, Pangowish B, Trottier M, Jacko D, et al. Validity of the Aboriginal Children's Health and Well-Being Measure: Aaniish Naa Gegii? Health and Quality of Life Outcomes 2015;13(101153626):148.

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

