Identifier et répondre aux besoins des familles desservies par le continuum jeunes en difficulté en contexte de pandémie

Rapport d'évolution du projet

Chercheuse principale
Professeur Delphine Collin-Vézina, PhD
Directeur, Centre de recherche sur l'enfance et la famille
École de travail social, Université McGill

Associée de recherche
Johanna Caldwell, MSW

Co-chercheurs
Barbara Fallon, Professeure titulaire, Université de Toronto
Tonino Esposito, Professeur agrégé, Université de Montréal
Denis Lafortune, Professeur titulaire, Université de Montréal
Marie-Andrée Poirier, Professeure titulaire, Université de Montréal
George Tarabulsy, Professeur titulaire, Université Laval
Nico Trocmé, Professeur titulaire, Université McGill

Organisations impliquées
CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS Ouest-de-l'île-de-Montréal
CIUSSS Capitale-Nationale
Institut Universitaire Jeunes en Difficulté (IUJD)
Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

Soumis au Ministère de la santé et de services sociaux

8 juin 2021

Table des matières

I. CONTEXTE **4**

II. DESCRIPTION, MISE EN ŒUVRE ET RÉSULTATS DU PROJET **6**

DESCRIPTION DES GRILLES CLINIQUES 7
DESCRIPTION DU DÉVELOPPEMENT DE L'OUTIL - VALIDITÉ 8
IMPLANTATION 8
RÉSULTATS: UTILISATION, RÉPONSES AUX GRILLES CLINIQUES ET COMMENTAIRES DES INTERVENANTS ..... 10**ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.**
Utilisation de l'outil 10
Réponses aux grilles cliniques ..... **Error! Bookmark not defined.**11
Commentaires des intervenants ..... **Error! Bookmark not defined.**13

III. DISCUSSION **145**

SANTÉ MENTALE 15
SANTÉ 156
IDENTITÉ AUTOCHTONE 167
LEÇONS APPRISES 17
LIMITES 18

IV. CONCLUSION **18**

V. RÉFÉRENCES **220**

VI. ACTIVITÉS DE DIFFUSION **24**

ANNEXE A. GRILLE SANTÉ **246**

ANNEXE B. GRILLE SANTÉ MENTALE **277**

ANNEXE C. DIAPOSITIVES DE LA FORMATION (ÉTÉ 2020) **288**

ANNEXE D. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT **344**

Liste des tableaux

Tableau 1. Mise en œuvre des grilles cliniques bilingue dans des organisations partenaires au Québec..***9***

Tableau 2. Données initiales sur l'utilisation des grilles cliniques dans les organisations partenaires du Québec (juillet 2020-mai 2021)……..***11***

Tableau 3. Besoins en santé mentale identifiés par les intervenants utilisant les grilles cliniques dans les organisations partenaires du Québec (juillet 2020-mai 2021)……***11***

Tableau 4. Besoins de santé identifiés par les intervenants utilisant les grilles cliniques dans les organisations partenaires du Québec (juillet 2020-mai 2021)……..……***.12***

Tableau 5. Identification des Premières nations, des Inuits et des Métis par les intervenants utilisant les grilles cliniques dans les organisations partenaires du Québec (juillet 2020-mai 2021)……***13***

I. Contexte

Plus d'un an après le début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, les enfants et les familles sont toujours aux prises avec une multitude de défis liés à cette crise sanitaire et économique. L'isolement social et la vulnérabilité économique continuent d'avoir un impact sur la santé et la santé mentale des enfants et des familles (Sistovaris et al., 2020). Les enfants et les adultes à tous les stades de développement ont été touchés par la perturbation des liens communautaires et familiaux, la perte de contacts directs avec des êtres chers et les périodes de transition normatives qui ont été retardées, comme l'individualisation des adolescents par rapport à leur famille (Lebow, 2020). Bien que les fermetures des écoles et des services dues à la pandémie aient touché toutes les familles d'une manière ou d'une autre, les familles à revenu faible ou moyen et les familles racialisées étaient beaucoup plus susceptibles de connaître des difficultés financières que les familles à revenu plus élevé lorsque la pandémie a commencé (Chen, Byrne et Vélez, 2021 ; Karpman, Zuckerman, Gonzalez et Kenney, 2020). Il est démontré que cette vulnérabilité financière aggravée a eu un impact sur la dynamique familiale : la perte de revenu résultant de la pandémie a augmenté le stress parental et les interactions négatives avec les jeunes enfants, et a augmenté la charge de soins, en particulier pour les femmes (Kalil, Mayer, & Shah, 2020 ; Power, 2020).

Dans les situations les plus vulnérables, de nombreux experts soulignent que l'isolement et le stress croissant liés à la pandémie peuvent augmenter le risque de maltraitance des enfants et de violence familiale. En outre, l'accès aux soutiens nécessaires a été compromis, élargissant les écarts et les vulnérabilités qui existaient déjà (par exemple, Wilke, Howard, & Pop, 2020). En raison d'un manque de connexion avec les milieux scolaires et d'autres professionnels qui interviennent généralement dans les situations de risque de maltraitance, les enfants vulnérables ont été isolés des soutiens protecteurs existants (Fallon et al., 2020). Cela accroît le risque que, pour beaucoup, la pandémie soit et sera vécue comme un événement traumatisant (Collin-Vézina, Brend, & Beeman, 2020). De plus, les travailleurs sociaux qui fournissent des services à l'enfance et à la famille et qui interviennent en protection de la jeunesse ont vu leur stress préexistant exacerbé pendant la pandémie (p. ex., Geoffrion et Collin-Vézina, 2020), ce qui indique qu'ils ont besoin de soutiens supplémentaires. Dans de nombreux contextes, le passage à des services virtuels et en ligne a permis aux familles de rester en contact avec les prestataires de services lorsque le contact en personne n'était pas possible (Wilke, Howard et Pop, 2020). Alors que nous revenons à la scolarisation, au travail en présentiel et au déploiement de services en personne, de sérieux défis subsistent : les enfants sont susceptibles de subir les effets négatifs à long terme de la pandémie si les politiques et les systèmes de services ne sont pas en mesure de donner la priorité à leur bien-être à l'avenir (par exemple, Caldwell et al., 2020 ; Commissaires des organismes OMS-UNICEF-Lancet, 2020).

Dans ce contexte en constante évolution, une équipe collaborative interprovinciale et interdisciplinaire a développé des grilles cliniques dont le but est de soutenir les intervenants psychosociaux du Québec dans leur travail complexe auprès des enfants et des familles. L'outil est une ressource en ligne conçue pour faciliter l'accès à un large éventail de ressources liées à la santé et à la santé mentale des familles. Le développement de ces grilles cliniques s’inscrit dans la foulée d’une attention croissante envers les outils

en ligne dans les contextes de travail social au cours de la dernière décennie. Des solutions technologiques ont été mises en œuvre dans les milieux de services sociaux pour accroître l'accès aux ressources communautaires (p. ex., Cartier et coll., 2020 ; Lindau et coll., 2016, 2019), pour faciliter l'aiguillage (Weiner et coll., 2019) et pour soutenir la prestation de services à distance ou virtuels (Best et coll., 2013 ; Hassan et coll., 2015 ; Quinn et Phillips, 2010 ; Santhiveeran, 2009). Dans les services aux enfants et aux familles, la technologie mobile a facilité un travail plus efficace avec les familles en dehors du bureau (Elliot & Mazhari, 2017). Dans le domaine de la protection de l'enfance, des logiciels ont été développés pour soutenir la gestion des cas, l'évaluation des risques et la prise de décision (Edström et al., 2013 ; Gillingham & Humphreys, 2010). Au-delà de ces outils de gestion de cas, des outils en ligne ont été développés pour soutenir l'orientation des familles concernées par la protection de l'enfance (par exemple, Curry et al., 2017 ; Dellor et al., 2015) et la gestion de cas mobile (Edström et al., 2013).

Ces solutions techniques conçues pour faciliter la prestation des services à l'enfance et à la famille présentent un potentiel d'optimisation et d'amélioration du travail déjà effectué. Les outils informatiques et web peuvent créer de l'efficacité pour les tâches de gestion de cas afin que les travailleurs soient plus réactifs aux besoins des familles (Dellor et al., 2015). En particulier, les outils mobiles auxquels on accède par le biais d'un téléphone intelligent ou d'une tablette peuvent permettre d'augmenter le temps passé en face à face avec les clients et soutenir des interactions flexibles entre les prestataires de services et les familles (Elliot et Mazhari, 2017 ; Weiner et al., 2019). En particulier lorsque les populations sont éloignées ou réparties sur une vaste géographie, il est démontré que les outils numériques soutiennent l'accès aux services préventifs locaux pour les familles à risque d'intervention de protection de l'enfance (Weiner et al., 2019). Les outils numériques peuvent également faciliter les connexions entre les travailleurs sociaux et les gestionnaires de programmes eux-mêmes, catalysant le partage d'interventions fondées sur des données probantes pour des populations spécifiques (Adedoyin, 2016). En outre, les outils basés sur le Web - qui peuvent facilement être mis à jour fréquemment pour refléter une base de preuves empiriques croissante, les meilleures pratiques et les changements dans les politiques locales - sont des plateformes efficaces pour le dépistage lié aux déterminants sociaux de la santé, à la vulnérabilité financière et à d'autres défis sociaux qui ont un impact sur le fonctionnement de la famille (Cartier et al., 2020 ; Hassan et al., 2015 ; Morone, 2017 ; Spencer-Hughes et al., 2017 ; Uwemedimo & May, 2018). Fait important, les outils technologiques peuvent contenir des listes de ressources communautaires facilement mises à jour dans une seule plateforme, ce qui réduit le temps que les travailleurs doivent passer à chercher des références appropriées pour la situation particulière d'un client (Cartier et al., 2020 ; Räsänen, 2015). Compte tenu de la nature stressante de la prestation de services sociaux auprès des familles vulnérables, un accès rapide aux ressources disponibles pour les familles peut faciliter les orientations, permettant aux travailleurs de première ligne de se concentrer davantage sur les interactions relationnelles avec leurs clients et la prise de décision complexe que le travail exige. Au-delà de la facilitation de la prestation de services au quotidien, les outils numériques peuvent soutenir une collecte de données robustes concernant les défis des familles (Cartier et al., 2020).

Bien que l'utilisation de la technologie présente des avantages potentiels évidents pour le travail social, les tentatives antérieures d'intégration des nouvelles technologies dans la prestation des services sociaux indiquent que la mise en œuvre doit tenir compte de plusieurs éléments. Premièrement, des études

antérieures montrent que l'adoption des outils par les intervenants peut être un défi en raison d'un certain nombre de facteurs (Curry et al., 2017 ; Dellor et al., 2015 ; Elliot & Mazhari, 2017). La réticence des intervenants peut être liée à une charge de travail élevée et à la perception que les outils ajoutent du travail plutôt que de faciliter les tâches existantes (Dellor et al., 2015 ; Drumm et al., 2003). La maîtrise d'Internet et le manque de formation sur des outils spécifiques peuvent également constituer un obstacle (par exemple, Dellor et al., 2015 ; Drumm et al., 2003). Il a également été démontré que la compatibilité avec le flux de travail et l'infrastructure existants contribue à une adoption faible ou irrégulière des nouvelles technologies par les travailleurs dans la pratique (Cartier et al., 2020 ; Dellor et al., 2015 ; Drumm et al., 2003 ; Gillingham & Humphreys, 2010 ; Quinn & Phillips, 2010 ; Santhiveeran, 2009). Deuxièmement, l'intégration de nouvelles pratiques opérationnelles dans les milieux de la santé et des services sociaux peut être lente ou infructueuse en raison d'un mauvais *timing* ou d'une mauvaise formation. Par conséquent, la prise en compte de la manière dont les nouveaux outils s'intègrent dans le flux de travail global et le contexte de la prestation des services sociaux est d'une importance cruciale pour une mise en œuvre réussie (p. ex., Cartier et al., 2020). Les données issues des sciences sociales et de la recherche médicale montrent clairement que même les interventions les plus innovantes et éprouvées nécessitent une mise en œuvre soigneusement planifiée (Bauer et Kirchner, 2020). L'adhésion et l'appropriation des outils par les prestataires de services et les autres parties prenantes elles-mêmes peuvent améliorer l'intégration de nouveaux outils dans les contextes de pratique existants (Elliot & Mazhari, 2017). L'étayage de ces "processus de changement interne" par le partage d'informations, la formation et le financement, selon les besoins, peut favoriser une transition vers de nouveaux outils dans la pratique (Cartier et al., 2020). La collaboration avec les organisations communautaires locales pour s'assurer que les ressources pertinentes au niveau local sont incluses dans les outils en ligne est cruciale pour maintenir leur pertinence tant pour les travailleurs que pour les clients (Cartier et al., 2020). Les considérations éthiques liées aux préoccupations relatives à la vie privée, à la dépersonnalisation des clients et au " big data " sont des éléments supplémentaires importants dans la mise en œuvre des outils technologiques dans les milieux de services sociaux, en particulier avec les populations vulnérables (Devlieghere et Roose, 2018 ; Foeday, 2011 ; Giffords, 2009 ; Räsänen, 2015).

Dans ce rapport, nous décrivons l'élaboration et les premières phases de la mise en œuvre d'un nouvel outil Web dans les milieux de services aux enfants et aux familles relevant du mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Nous décrivons l'outil lui-même, sa mise en œuvre initiale et les premiers résultats concernant son adoption jusqu'à présent dans les milieux de pratique. Nous décrivons également les défis et les leçons tirées de notre mise en œuvre dans le contexte de l'évolution de la pandémie de COVID-19. Enfin, nous décrivons le potentiel de cet outil à être développé davantage pour soutenir les intervenants de première ligne au service des enfants et des familles au Québec, de sorte que les résultats pour les plus vulnérables peuvent être améliorés - à la fois maintenant et bien au-delà de COVID-19.

II. Description, mise en œuvre et résultats du projet

L'objectif de ce projet est de soutenir les intervenants du continuum jeunesse des services sociaux du Québec pour identifier les difficultés économiques, de santé et de santé mentale que connaissent les

familles concernées pendant la crise de la pandémie de COVID-19, afin d'intervenir rapidement pour y remédier. Les équipes du continuum jeunesse du Québec desservent des enfants et des familles dont les besoins sont parmi les plus élevés, et dont une proportion importante a du mal à satisfaire les besoins de base comme la nourriture, le logement, le transport et les services publics. Ces familles sont touchées de façon disproportionnée par les effets délétères de la pandémie de COVID-19 sur la santé et la santé mentale, notamment en raison des mesures d'éloignement social et la réduction des services, qui exacerbent l'isolement social, la vulnérabilité et le risque de maltraitance des enfants. Compte tenu des conséquences sanitaires et sociales de la pandémie, ces vulnérabilités restent importantes et perdureront bien au-delà de la menace immédiate pour la santé publique.

Description des grilles cliniques

En réponse à ce contexte d'urgence, le présent projet a réuni des partenaires universitaires et trois organismes de santé et de services sociaux québécois pour aider les intervenants à fournir des services aux familles au cours de la pandémie de COVID-19. Plus précisément, nous avons adapté un nouvel outil de pratique en ligne initialement développé en Ontario pour qu'il soit pertinent et utile dans le contexte québécois. L'outil aide les intervenants à identifier les difficultés économiques, de santé et de santé mentale rencontrées par les familles, et à orienter leurs interventions pour y remédier.

Ainsi, deux grilles cliniques ont été développées pour faciliter les interventions avec les familles impliquées dans le continuum jeunesse pendant la pandémie de COVID-19, au sujet de deux domaines qui sont importants dans le contexte de la pandémie actuelle : 1) la santé et 2) la santé mentale. Les grilles sont rapides et faciles à remplir en quelques minutes. Elles comprennent chacune une courte liste de questions oui/non qui génèrent des ressources pertinentes pour l'intervenant et ses clients en fonction de la réponse à chaque question. L'intervenant peut ensuite sélectionner les ressources les plus pertinentes à imprimer ou à envoyer par courriel afin de les partager avec les clients ou de les sauvegarder dans des fichiers papier ou électroniques. Les listes de ressources pour chaque question sont mises à jour périodiquement, au fur et à mesure que les pratiques et les réponses en matière de protection de l'enfance évoluent pendant la pandémie. Veuillez consulter l'**annexe A** pour les questions sur la santé et l'**annexe B** pour les questions sur la santé mentale. La version en ligne peut être consultée ici : CWE (utoronto.ca). Une courte enquête Qualitrix en cinq points est intégrée au site Web afin de recueillir les commentaires des intervenants après l'utilisation des grilles.

Les grilles sont conçues pour garantir que les besoins fondamentaux, les préoccupations en matière de santé et de santé mentale, et les besoins cliniques sont systématiquement pris en compte dans la pratique, et pour faciliter l'engagement avec les familles et les enfants malgré les mesures de distanciation physique. Elles sont entièrement bilingues, chaque grille étant disponible en français ou en anglais. L'outil ne recueille aucune information permettant d'identifier les enfants et les familles. Les grilles cliniques ne sont pas destinées à se substituer au jugement clinique, à remplacer les évaluations actuelles de la compromission de la sécurité et du développement des organisations (par ex. dans le contexte d'un signalement à la protection de la jeunesse), ni à être utilisées pour assurer la conformité des familles au plan d'intervention. Les grilles complètent les connaissances et l'expertise pratiques existantes et sont

testées sur le terrain et basées sur des expériences réelles. Elles ont pour but d'aider à transmettre quatre principes tenant compte des traumatismes : respect, information, relation et espoir. Les outils ont été conçus dans l'intention d'être simples à utiliser et de soutenir la pensée systématique dans les milieux de pratique, réduisant ainsi la possibilité de faire des erreurs (p. ex., Kramer et Drews, 2017).

Description du développement de l'outil - validité

Un objectif implicite de l'outil clinique était d'évaluer les préoccupations liées aux difficultés économiques, tout en s'attardant aux enjeux de santé et de santé mentale. Sous la direction de l'équipe de l'Ontario, l'analyse des données récentes disponibles dans l'Étude sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants en Ontario 2018 (OIS-2018) a permis de mettre en lumière les conclusions relatives aux difficultés économiques et à la vulnérabilité en matière de protection de l'enfance. Des analyses secondaires de l'OIS-2018 ont été menées pour établir les besoins de la population des services en fonction des difficultés économiques. Ces données sont devenues disponibles au début de 2020, soit deux mois seulement avant le début de la pandémie. L'OIS-2018 saisit des informations sur les résultats des enquêtes d'investigation (similaire à l'étape Évaluation/Orientation du Québec), les formes et la gravité de la maltraitance, ainsi que les caractéristiques des enfants et des familles faisant l'objet d'une enquête par les services de protection de l'enfance de l'Ontario, y compris des informations substantielles concernant les difficultés économiques. Par exemple, le cycle 2018 de l'OIS mesure les difficultés économiques en demandant aux intervenants d'indiquer si le ménage avait manqué d'argent pour les cinq besoins fondamentaux suivants au cours des six derniers mois : nourriture, logement, services publics, transport et/ou téléphone/téléphone cellulaire. L'analyse des données de l'OIS-2018 a permis de rédiger une première série de questions pour les grilles cliniques basées sur les facteurs économiques les plus importants, tout en prenant en considération la réalité spécifique de la pandémie. Une fois que les premières ébauches de questions à inclure dans l'outil ont été élaborées sur la base des résultats de l'analyse secondaire de l'OIS-2018, la validité de l'outil devait être établie. Étant donné l'urgence de développer l'outil rapidement, la priorité a été donnée à la validité apparente de l'outil. La validité apparente est établie lorsqu'un indicateur peut raisonnablement mesurer une variable d'intérêt (Rubin & Babbie, 2016). Les membres de l'équipe de recherche et les partenaires de l'agence ont développé et affiné les questions à l'aide d'une méthode Delphi modifiée, qui est un processus itératif nécessitant un consensus entre experts pour renforcer la crédibilité des mesures (Hsu & Sandford, 2007). La démarche complète a été publiée dans la revue *Child Abuse & Neglect* (Fallon, Lefebvre, Collin-Vézina et al., 2020) : Screening for economic hardship for child welfare-involved families during the COVID-19 pandemic: A rapid partnership response - ScienceDirect

Implantation

Nous avons recruté des intervenants dans les trois CIUSSS partenaires, à la suite de nos activités de sensibilisation auprès de ces organismes et des séances d'information décrivant l'outil et le projet. Ces intervenants ont été informés du projet par notre sensibilisation auprès des directeurs de chaque lieu pilote, et par la participation à l'une des multiples sessions de formation organisées sur Zoom à l'été 2020. Nous avons reçu les formulaires de consentement d'un total de 187 intervenants, répartis comme suit :

151 formulaires du CIUSSS du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal, 19 du CIUSSS de la Capitale-Nationale, et 17 formulaires du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île de Montréal.

La mise en œuvre du projet de grilles cliniques au Québec a nécessité la mobilisation rapide d'une petite équipe de projet et une collaboration étroite avec nos partenaires en Ontario. Les activités et les tâches qui ont constitué ce projet jusqu'à ce jour sont résumées dans le **tableau 1** ci-dessous :

Tableau 1: Mise en œuvre des grilles cliniques bilingue dans des organisations partenaires au Québec

Phase et calendrier du projet	**Tâches**
Initiation du projet *Avril à juin 2020*	• Identification des organismes participants : CIUSSS de la Capitale-Nationale CIUSSS du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal • Demande d'approbation du comité d'éthique de la recherche multisite (reçue le 28 mai 2020). • Recherche et développement de ressources bilingues pour la version de l'outil axée sur le Québec • Développement d'une vidéo de formation pour le site Web en français et en anglais • Collaboration avec le développeur du logiciel pour résoudre les problèmes techniques. • Sensibilisation et collaboration avec les partenaires des organismes pilotes et des établissements de recherche. • Planification des sessions de formation des travailleurs
Lancement et gestion du site web *Juillet à octobre 2020*	• Lancement du site web en direct (juillet) • Séances d'information en français et en anglais avec les travailleurs (voir les diapositives de formation à l'**annexe C**) • Réception des formulaires de consentement des intervenants (voir formulaire de consentement à l'**annexe D**) • Mises à jour périodiques et complètes des ressources sur le site Web en ligne, en fonction de l'évolution des cas de COVID-19 et des politiques de santé publique. • Identification et résolution des problèmes d'accès au site Web liés aux pare-feu des organismes. • Planification de la migration vers le serveur de l'Université de Toronto (pour la maintenance à long terme du site Web).
Migration du site web et maintenance continue	• Migration vers le serveur de l'UofToronto (novembre) • Mise en place d'un calendrier plus fréquent de mises à jour du site web afin de s'adapter à l'évolution de la situation de COVID-19.

Novembre 2020 à aujourd'hui	• Intervenants retournant sur le terrain pour des visites à domicile : feedback reçu concernant la fonctionnalité compromise des grilles cliniques à l'extérieur du bureau ; certains intervenants impriment les questions des grilles pour emporter la version papier sur le terrain. • Perte tragique de deux travailleurs de DYP ; sensibilisation des partenaires pour reconnaître ce choc. • Mises à jour bihebdomadaires continues du site web, y compris les informations sur la vaccination et la réouverture. • Renouvellement de l'approbation éthique (avril 2021)

<u>Résultats : Utilisation, réponses aux grilles et commentaires des intervenants</u>

Utilisation

Ce projet a été conçu dans la foulée de la première vague de la pandémie (printemps 2020), alors que les intervenants ne pouvaient dans plusieurs cas rencontrer leurs clients en personne. Ce projet visait donc une utilisation des grilles cliniques par les intervenants via leurs ordinateurs, tout en travaillant avec les clients à distance par téléphone. Toutefois, le déploiement de ce projet s'est plutôt produit lors de la deuxième vague de la COVID (automne 2020), ce qui a compromis l'utilisation des grilles cliniques de façon plus continue avec la clientèle, et ce pour les raisons suivantes :

- Les intervenants ont pu, malgré la deuxième vague, reprendre leurs services en personne grâce aux mesures d'hygiène et de distanciation physique. Leur accès à un ordinateur, une tablette ou un cellulaire n'était plus constant.
- Le délestage dans le réseau a réduit la capacité des intervenants à participer au projet.
- Les politiques de mise sur glace des projets de recherche jugés non essentiels par les comités de recherche des CIUSSS a réduit l'utilisation systématique des grilles.

Outre ces défis liés au calendrier de déploiement du projet, nous avons également rencontré une difficulté majeure lors de la diffusion du site dans les réseaux, en raison des pares-feux mis en place dans le réseau et limitant l'accès au site que nous avions créé. Alors que les formations avaient été offertes aux intervenants, ceux-ci ont dû attendre plusieurs semaines avant d'accéder au site car la résolution de ce problème était complexe, ce qui peut avoir eu une influence sur leur intérêt et leur disponibilité à participer à la démarche de façon plus continue.

Malgré ces embûches importantes, et grâce aux données extraites du site Web, nous avons pu identifier des données concernant les habitudes d'utilisation du site. À ce jour, les grilles cliniques ont été utilisées à 97 reprises dans la province de Québec. En raison de l'approbation éthique de notre projet de recherche, nous ne disposons pas d'informations permettant d'identifier l'intervenant ou l'agence qui accède à l'outil, de même qu'aucune information démographique liée à la famille n'était comptabilisée. L'utilisation a été la plus élevée chez les intervenants des CIUSSS francophones (81 %) et pour la grille liée à la santé mentale (61 %), comme le montre le tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2 : Données initiales sur l'utilisation des grilles cliniques dans les organisations partenaires du Québec (juillet 2020-mai 2021)

	Santé mentale	Santé	Totaux
Organismes francophones	46	33	79
Organisme anglophone	13	5	18
Totaux	59	38	97

Réponses aux grilles cliniques

Les grilles cliniques liées à la santé mentale et à la santé ont été utilisées par les intervenants pour identifier rapidement les défis fondamentaux auxquels les enfants et les familles étaient confrontés en ce qui concerne leurs besoins financiers, matériels et de santé à la lumière de la pandémie de COVID-19. Bien que les grilles ne constituent pas une mesure directe des besoins et qu'elles ne soient pas destinées à remplacer les mécanismes de dépistage déjà utilisés dans les sites, elles ont permis aux intervenants de documenter efficacement les besoins exprimés par la famille et d'être directement reliés aux ressources pertinentes.

Nos résultats concernant la répartition des défis familiaux, tels qu'ils ont été saisis par les grilles cliniques remplies, mettent en évidence certains besoins que les familles ont présentés. Les questions étaient toutes formulées de manière à susciter une réponse par « oui » ou par « non », ce qui indiquait la présence ou l'absence d'un besoin ou d'un défi, de sorte que l'intervenant pouvait ensuite assurer un suivi pour fournir des soutiens liés à ce problème spécifique.

Les réponses aux grilles, tant pour les réponses en français qu'en anglais, sont résumées comme suit dans les **tableaux 3 et 4**. À noter que les deux grilles comportent une question à savoir si la famille est membre des Premières nations, inuite ou métisse, et nous avons résumé ces résultats séparément parce que cette question ne portait pas sur des défis particuliers (voir le **tableau 5** ci-dessous).

Tableau 3 : Besoins en santé mentale identifiés par les intervenants utilisant les grilles cliniques dans les organisations partenaires du Québec (juillet 2020-mai 2021)

	Défi identifié		Défi non identifié	
Grille clinique - santé mentale				
1. Le bien-être psychologique des enfants, des jeunes et des personnes qui s'occupent d'eux a-t-il décliné en raison du stress lié au confinement ou à l'anxiété relative à la COVID-19?	37	65%	20	35%

2. Les enfants et les adolescents à la maison présentent-ils des comportements problématiques en raison du stress lié au confinement ou à l'anxiété relative à la COVID-19?	30	53%	27	47%
3. Les adultes de la famille sont-ils dépassés par le stress lié au confinement ou par l'anxiété relative à la COVID-19?	29	52%	27	48%
4. Les conflits et les tensions entre les adultes de la famille augmentent-ils en raison de la crise de la COVID-19?	33	57%	25	43%
5. Les adolescents et les adultes de la famille présentent-ils des problèmes d'abus d'alcool et de drogues préoccupants pour eux ou pour les autres enfants de la maison?	19	34%	37	66%
6. La famille constate-t-elle une absence de routine se répercutant sur le bien-être de ses membres?	25	45%	30	55%
7. La famille a-t-elle des difficultés à prévoir du temps pour s'amuser pendant la journée?	17	31%	38	69%
8. La famille vit-elle un isolement social et un manque de liens significatifs?	32	57%	24	43%
9. Est-ce que les caractéristiques de l'environnement immédiat augmentent le niveau de stress des adultes dans la famille (surpopulation dans le logement, régions rurales ou éloignées)?	13	24%	42	76%
10. La famille est-elle en mesure de se conformer aux mesures de distanciation physique lors des activités religieuses, culturelles ou communautaires?	10	18%	46	82%
TOTAL	***245***	***44%***	***316***	***56%***

Tableau 4 : Besoins de santé identifiés par les intervenants utilisant les grilles cliniques dans les organisations partenaires du Québec (juillet 2020-mai 2021)

	Défi identifié		**Défi non identifié**	
Grille clinique - santé				
1. La famille a-t-elle suffisamment de nourriture, de médicaments et de produits usuels pour une semaine (y compris des couches, du lait maternisé et des produits d'hygiène) ?	12	32%	26	68%
2. De façon générale, y a-t-il suffisamment d'argent pour payer les services publics, la nourriture et le logement ?	14	38%	23	62%

3. Un membre de la famille présente-t-il des symptômes de la COVID-19 ou court-il un risque accru de contracter la maladie ?	9	25%	27	75%
4. Un membre de la famille a-t-il d'autres problèmes de santé qui nécessitent des soins ?	13	35%	24	65%
5. Les membres de la famille ont-ils pris du retard ou connu une interruption de la vaccination de routine en raison de la pandémie ?	7	18%	31	82%
6. La famille comprend-elle l'importance de la distanciation physique, y compris pendant les périodes passées hors de la maison ?	10	28%	26	72%
7. Y a-t-il des désinfectants et du savon accessibles à la maison et sont-ils régulièrement utilisés ?	9	25%	27	75%
8. La famille a-t-elle besoin d'aide pour établir un plan de surveillance adéquat si les adultes doivent s'éloigner temporairement de leurs enfants (courses, soins de santé) ?	8	22%	29	78%
9. La famille dispose-t-elle d'une connexion internet ou d'une connexion cellulaire à la maison ainsi que des appareils nécessaires pour y accéder ?	8	22%	29	78%
10. La personne qui s'occupe des enfants travaille-t-elle, que ce soit à la maison ou à l'extérieur ?	14	38%	23	62%
11. La famille est-elle touchée par les fermetures ou l'accès limité aux garderies, services de garde ou écoles ?	22	59%	15	41%
TOTAL	***126***	***31%***	***280***	***69%***

Tableau 5 : Identification des Premières nations, des Inuits et des Métis par les intervenants utilisant les grilles cliniques dans les organisations partenaires du Québec (juillet 2020-mai 2021)

Grille clinique	Oui, la famille est autochtone	Non, la famille n'est pas autochtone
Santé mentale (question 11)	8 (14,0%)	49
Santé (question 12)	6 (16.7%)	30

Commentaires des intervenants

Tout au long de la mise en œuvre du site Web, nous avons reçu des commentaires de deux façons principales. La première était l'enquête Qualtrics intégrée au site web. La seconde a été l'apport anecdotique reçu par le biais de la communication directe avec les intervenants et les gestionnaires - nous

avons veillé à ce que nos coordonnées soient disponibles dans tous les messages diffusés aux partenaires afin qu'ils puissent envoyer un retour direct si nécessaire.

Ces réponses à l'enquête indiquent que pour ceux qui ont utilisé les grilles en ligne et ont choisi de répondre aux enquêtes, l'outil a été un ajout positif à leur pratique quotidienne. L'enquête Qualtrics n'était pas obligatoire, et le taux de réponse était de 22 %. Les réponses de cette enquête indiquent des expériences positives des intervenants. En résumé, parmi ceux qui ont répondu à l'enquête, 89 % ont indiqué que les grilles cliniques étaient utiles ou très utiles dans leur pratique. En outre, 95 % ont indiqué que les ressources contenues pour chacune des questions dans les grilles étaient utiles ou très utiles pour leur pratique. Le compendium de ressources développé dans le cadre de ce projet semble donc avoir été particulièrement apprécié des intervenants.

Au cours de la période initiale qui a suivi le lancement du site Web, nous avons reçu d'autres commentaires selon lesquels il y avait trop de ressources sur le site Web, ce qui rendait difficile le filtrage pour trouver la ressource la plus appropriée pour un enfant ou une famille donnée. Nous avons remédié à ce problème en réduisant le nombre de ressources à environ 5 par question, et en étiquetant chaque ressource pour refléter plus clairement le type de défi auquel elle peut répondre. Grâce à un examen approfondi des grilles toutes les deux semaines, nous avons veillé à ce qu'elles fournissent des informations et des ressources actualisées qui reflètent l'état actuel de la pandémie, comme les fermetures d'écoles et le déploiement de la vaccination. En consultation avec nos partenaires, nous avons également ajouté au fil du temps des ressources qui tenaient compte des structures familiales non traditionnelles, notamment des défis particuliers auxquels les ménages multigénérationnels et les structures familiales recomposées étaient susceptibles d'être confrontés pendant la pandémie.

Les partenaires des CIUSSS nous ont fait part d'un problème systémique plus important : lorsque les intervenants ont recommencé à rencontrer les familles sur le terrain, ils n'ont pas pu continuer à accéder aux grilles tout en interagissant avec les clients, car ils n'ont pas de téléphone intelligent connecté au web, de tablette ou d'ordinateur portable accessible en tout temps. Certains intervenants ont donc imprimé les grilles pour les utiliser avec les clients à l'extérieur du bureau. Toutefois, cette utilisation ne se reflète pas dans nos résultats car nous n'avions pas mis en place de mécanismes pour recevoir et comptabiliser des questionnaires papiers. Cela indique que lorsque les intervenants sont revenus à la prestation de services en personne au cours des deuxième et troisième vagues de la pandémie, ils n'ont pas pu accéder aux grilles cliniques en ligne parce qu'ils n'avaient pas accès à des ressources technologiques sur le terrain. Comme l'outil était initialement prévu pour aider les intervenants à fournir des services à distance, la modalité de l'outil est devenue un défi dans les dernières phases de la pandémie.

III. Discussion

Santé mentale

Les résultats ci-dessus témoignent de la pression globale sur les enfants et les familles résultant des mesures d'éloignement prolongées, des fermetures d'écoles et d'autres institutions, et des risques sanitaires de la pandémie de COVID-19.

En ce qui concerne les réponses au questionnaire sur la santé mentale, des difficultés ont été indiquées la plupart du temps concernant la diminution du bien-être psychologique des enfants et des personnes s'occupant d'eux (question 1), les problèmes de comportement chez les enfants liés au stress et à l'anxiété (question 2), le stress des adultes s'occupant d'eux (question 3), l'augmentation des conflits et des tensions au sein du foyer (question 4) et l'isolement social (question 8). Étant donné les résultats obtenus dans le monde entier qui indiquent les conséquences sur la santé mentale des mesures destinées à ralentir la propagation du COVID-19 (p. ex. Collin-Vézina, Brend et Beeman, 2020 ; Khan, Mamun, Griffiths et Ullah, 2020 ; Phelps et Sperry, 2020), ces résultats correspondent à notre attente que les familles du Québec soient également touchées. De plus, la nature substantielle de ces questions était probablement au centre des conversations entre les intervenants qui interagissent avec les enfants et les familles qui demandent de l'aide ou qui sont identifiés à travers les services du continuum jeunesse.

Les défis ont été indiqués moins souvent pour d'autres sujets. On a noté moins de défis concernant l'abus de drogues et d'alcool chez les membres de la famille (question 5), mais cela a tout de même été noté pour près de 34 % des grilles remplies. Quand on sait qu'environ 20 % des Canadiens souffrent de troubles liés à la consommation de substances psychoactives au cours de leur vie (p. ex., Statistique Canada, 2013), cette constatation est notable. Un nombre similaire d'intervenants ont noté des défis familiaux liés à l'absence de routine (n = 25) par rapport à ceux qui n'en ont pas noté (n = 30 ; question 6). Il est intéressant de remarquer qu'un nombre encore plus faible d'intervenants ont identifié que les familles avaient de la difficulté à trouver des façons de s'amuser (n = 17) comparativement à ceux qui n'en avaient pas (n = 38 ; question 7). Un petit nombre de réponses ont indiqué des difficultés dans l'environnement de la famille (n=13) par rapport à ceux qui n'en avaient pas (n=42 ; question 9). Enfin, la majorité des réponses indiquent que les familles sont capables de se conformer aux mesures de distanciation lors d'activités culturelles, religieuses ou communautaires (n=45 ; question 10) comparativement à un plus petit nombre qui ne le peuvent pas (n=10). Nous comprenons que cela est lié à la campagne d'éducation publique assez approfondie qui a été mise en œuvre dans la province. Les questions pour lesquelles moins de difficultés ont été notées étaient plus spécifiques, ce qui peut contribuer à un nombre inférieur de difficultés documentées. De plus, les intervenants - qui remplissaient la plupart du temps les grilles à distance des familles - n'ont peut-être pas pu accéder aux informations demandées ou n'ont peut-être pas posé ces questions spécifiques aux familles avec lesquelles ils travaillent. Par exemple, alors que les intervenants appelaient les familles au téléphone au cours des premiers mois de la pandémie, la nature du milieu de vie de la famille (par ex. surpopulation dans le logement) n'était peut-être pas aussi évidente.

Santé

Les réponses à la grille clinique liée à la santé font apparaître des difficultés pour l'ensemble des questions, même si nous aurions pu nous attendre à ce qu'une proportion encore plus élevée de réponses reflète des défis étant donné les vulnérabilités potentielles des familles desservies par le continuum jeunesse. Le fait que la majorité des réponses, cependant, n'ait pas suggéré de défi concernant la question en question démontre également la résilience de ces familles, même lorsqu'elles cherchent ou reçoivent des services.

Seule une question a été endossée comme un défi pour une majorité de famille, à savoir qu'elles étaient touchées par les fermetures d'écoles ou de garderies (n=22 ou 59% ; question 11). Bien que les autres questions sur la santé indiquent qu'une minorité de réponses se rapportent à un défi familial, les résultats n'en sont pas moins substantiels : pour chaque élément, à l'exception de la question 11, environ 20 à 40% des familles ont un défi, dont certains sont liés aux besoins matériels de base et d'autres à la santé physique. Les réponses indiquent que 32% (n=12) des familles avaient du mal à satisfaire les besoins de base pendant une semaine (question 1). De même, une proportion notable de familles (38%, n=14) a indiqué avoir généralement des difficultés à payer les coûts de base, tels que le logement et la nourriture (question 2). Comparativement aux mesures des taux de pauvreté des familles au Québec, qui peuvent atteindre 20 % (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2018), ce pourcentage est plus élevé que ce à quoi on pourrait s'attendre. Les résultats concernant le risque de COVID-19 et d'autres problèmes de santé se sont avérés être de 25% et 35% respectivement (questions 3 et 4). Ces résultats sont suffisamment élevés pour être préoccupants en ce qui concerne le risque de COVID-19 et d'autres problèmes de santé et représentent un taux de COVID plus élevé que le taux de cas confirmés de COVID-19 au Québec, qui est d'environ 4 % (Gouvernement du Québec, 2021 ; World Population Review, 2021). La réponse à la question de savoir si la vaccination générale avait été retardée indiquait que 7 familles (18 %) faisaient face à ces difficultés (question 5). Étant donné les résultats récents selon lesquels l'hésitation à suivre le calendrier habituel de vaccination pendant la pandémie pourrait être supérieure à 30 % (Guay et al., 2019), ces résultats ne nous ont pas indiqué un impact important sur les processus de vaccination de ces familles. Moins d'un tiers des familles (n=10) ont semblé éprouver des difficultés à comprendre l'importance de la distanciation physique (question 6). Comme c'est l'intervenant qui rendait compte de ces résultats, et non les membres de la famille eux-mêmes, il est possible que l'intervenant ait déduit ce point au lieu de le demander explicitement. Vingt-cinq pour cent (n=9) des familles ont été identifiées comme n'utilisant pas régulièrement du savon ou des désinfectants ou comme n'en ayant pas à la maison (question 7). En ce qui concerne la nécessité pour les familles de trouver des services de garde pour couvrir les périodes pendant lesquelles les adultes doivent s'absenter de la maison, cela a été identifié comme un défi pour 22% (n=8) des familles (question 8). Les réponses à un autre élément de grille indiquaient que 38 % (n=14) des personnes s'occupant d'enfants travaillaient, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison (question 10). Des difficultés d'accès à l'Internet ou aux données cellulaires ont été signalées par 22 % (n=8) des familles (question 9).

Identité autochtone

En ce qui concerne la répartition des réponses indiquant l'identité des familles aux communautés des Premières Nations, Inuits ou Métis, les chiffres obtenus dans ce projet (14% pour la grille santé mentale et 16,7% pour la grille santé) reflètent une proportion plus élevée que dans la population générale du Québec (environ 2,3 % ; Statistique Canada, 2016), ce qui peut être lié à des vulnérabilités structurelles accrues. Cependant, cette proportion de familles autochtones vues par des intervenants qui ont rempli les grilles représente une proportion plus faible de la population servie en protection de la jeunesse où une surreprésentation des enfants des communautés autochtones est notée (par exemple, Sinha et al., 2011). L'objectif du présent projet était de s'assurer que le compendium de ressources offertes pour répondre aux besoins des familles prenait en considération la réalité autochtone et permettait aux intervenants d'accéder à des ressources développées pour et par les membres de ces communautés.

Leçons apprises

En nous basant sur la rétroaction obtenue par les intervenants et les gestionnaires qui ont participé à cette initiative, nous avons continuellement adapté notre mise en œuvre afin que l'outil puisse être plus utile pour orienter les services aux enfants et aux familles vulnérables. Les leçons tirées à ce jour concernent principalement les interactions entre les défis liés au calendrier et à l'infrastructure :

> **Calendrier.** Certains défis techniques et une utilisation de l'outil en ligne plus faible que prévu ont rendu la mise en œuvre de ce projet très itérative. Il a été difficile de mettre en œuvre un nouvel outil à un moment où le stress des intervenants était aggravé, où le manque de personnel était criant (par ex. en raison du délestage), et où la participation à la recherche était limitée, voire interrompue.
>
> **Infrastructure.** Comme l'indique le tableau 1, les difficultés initiales d'accès au site Web par les organismes en raison des pares-feux ont compromis l'utilisation spontanée des grilles après les différentes formations. Bien que nous ayons pu travailler directement avec les professionnels des technologies de l'information au sein du réseau du CIUSSS pour résoudre ces problèmes, il est possible que la motivation ou la disponibilité des intervenants à intégrer l'outil dans leur travail ait été diminuée en raison de ces difficultés initiales d'accès aux outils. Le manque de ressources technologiques disponibles lorsque les intervenants ont repris leur contact direct avec les familles a également limité l'utilisation systématique de l'outil.

Bien que des défis de mise en œuvre similaires aient été documentés à la suite de l'introduction d'outils en ligne dans d'autres contextes de services sociaux (par exemple, Curry et al., 2017 ; Dellor et al., 2015 ; Edström et al., 2013), il n'existe pas à notre connaissance de littérature scientifique sur ce sujet pendant une crise mondiale, telle que celle que nous avons vécue. Les leçons apprises à travers la mise en œuvre du présent projet pourront ainsi faire l'objet d'une diffusion scientifique, afin d'influencer la façon dont les efforts de réponse rapide peuvent être développés et diffusés plus efficacement pour s'adapter au rythme et au stress supplémentaire des intervenants de première ligne et des familles qu'ils servent.

Limites

Nous devons noter certaines limites fondamentales des résultats présentés dans ce rapport. Puisqu'il ne s'agit pas d'un échantillon de grande taille, nous ne pouvons pas faire d'affirmations générales concernant l'étendue et la nature des défis auxquels les familles ont été confrontées pendant la pandémie, et nous ne pouvons pas non plus affirmer que les commentaires reçus des travailleurs constituent une preuve définitive de la facilité d'utilisation ou de la faisabilité des grilles cliniques elles-mêmes. La pandémie de COVID-19 en cours a constitué une contrainte et un défi pour les intervenants eux-mêmes et nous supposons que cela a diminué leur disponibilité pour participer à une démarche de recherche, d'autant plus que les organismes devaient s'assurer que seules les activités essentielles dans le réseau étaient poursuivies. Cependant, dans la mesure où les intervenants ont pu participer et fournir des informations sur les défis auxquels les familles ont été confrontées au cours de l'année écoulée, nous trouvons leur contribution précieuse. En outre, compte tenu des commentaires anecdotiques que nous avons reçus, nous pensons que les intervenants ont probablement accédé aux ressources disponibles en ligne sans remplir les grilles cliniques, que ce soit en accédant au site Web ou en imprimant des copies des questions des deux grilles sur papier. Ceci n'est pas reflété dans les données disponibles, mais suggère que les grilles et le compendium de ressources étaient néanmoins utiles aux intervenants du continuum jeunesse.

IV. Conclusion

Les implications sociales à moyen et long terme de la pandémie de COVID-19 ne sont pas encore connues. Toutefois, si l'on se fie à des épidémies récentes comme le SRAS ou le H1N1, il y aura des répercussions négatives mesurables sur la santé mentale des parents et des enfants (p. ex., Murray, 2009 ; Sprang et Silman, 2013 ; Stevenson et coll., 2009). Bien que ces ramifications sociales se révèlent avec le temps, les besoins des enfants et des familles qui sont desservis par les intervenants du continuum jeunesse sont élevés.

Nous commençons à voir des signes d'une éventuelle « normalisation » de notre rythme de vie, comme en témoignent les efforts de vaccination et la réouverture de l'ensemble des milieux d'éducation, d'emploi et de services au Québec. Cependant, même lorsque les enfants seront retournés à l'école, que les parents seront retournés au travail et que les mesures d'éloignement ne seront plus nécessaires, les impacts persistants sur la santé mentale, la stabilité économique et, pour certains, la santé physique, demeureront.

La mission du secteur de la santé et des services sociaux du Québec sera de continuer à tenir compte des besoins des personnes les plus touchées par la pandémie et des répercussions sociales et économiques de cette crise sans précédents. Cette tâche inclut l'allègement de certaines pressions sur les intervenants eux-mêmes afin qu'ils puissent faire leur travail le plus efficacement possible.

Par conséquent, la prochaine étape de ce projet consistera à élaborer conjointement avec le Ministère de la santé et des services sociaux une stratégie de diffusion des grilles et du compendium de ressources dans tous les CIUSSS et CISSS de la province. Les partenariats entre la recherche et la pratique qui ont

soutenu ce projet se poursuivront et seront mis à profit pour étendre la portée et le développement de cet outil en fonction des besoins continus. En utilisant l'outil pour documenter les grandes tendances des besoins des familles concernées par le continuum jeunesse et en intégrant la rétroaction des intervenants, les grilles en ligne peuvent faciliter une pratique efficace qui vise à limiter les résultats négatifs pour les enfants et les familles à la suite de la pandémie de COVID-19.

Afin que ce déploiement soit efficace, nous recommandons au Ministère de considérer les modalités suivantes pour la suite de ce projet:

1. Nous croyons que l'utilisation des grilles et du compendium de ressources serait optimisée si elle n'était pas accompagnée d'une démarche de recherche et qu'ainsi elle soit présentée comme un outil s'inscrivant dans la mission de la qualité des services offerts. Ceci permettrait son utilisation continue malgré le délestage ou la mise sur la glace de projets de recherche non essentiels.
2. Nous estimons que la diffusion de cet outil serait optimisée si la communication aux directeurs du continuum jeunesse des différents CISSS et CIUSSS était menée conjointement entre l'équipe de recherche et le Ministère.
3. Nous sommes disposés à offrir des séances d'information aux différents directeurs des établissements et/ou directement aux équipes si cela s'avérait nécessaire. Nous nous engageons également à mettre à jour mensuellement le compendium de ressources, en français et en anglais, et ce jusqu'à ce que les autorités indiquent que la pandémie a pris fin.
4. Nous sommes intéressés à poursuivre la discussion avec le Ministère afin d'explorer la possibilité de modifier la grille clinique et le compendium de ressources pour une utilisation plus large dans le contexte des services usuels hors pandémie, si cela est jugé opportun. Le développement d'une application mobile, qui nécessite peu d'utilisation des données cellulaire, est considéré par l'équipe de Toronto.

V. Références

Bauer, M. S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: what is it and why should I care? *Psychiatry Research, 283,* 112376.

Best, P., Foye, U., Taylor, B., Hazlett, D., & Manktelow, R. (2013). Online interactive suicide support services: quality and accessibility. *Mental Health Review Journal, 18*(4), 226-239.

Caldwell, J., Delaye, A., Esposito, T., Petti, T., Black, T., Fallon, B., & Trocmé, N. "Essential" services, risk, and child protection in the time of COVID-19: An opportunity to prioritize chronic need. *Developmental Child Welfare, 2*(3), 208-223.

Cartier, Y., Fichtenberg, C., & Gottlieb, L. M. (2020). Implementing community resource referral technology: facilitators and barriers described by early adopters. *Health Affairs, 39*(4), 662-669.

Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. Poverty, inequality and social exclusion in Québec. Québec, QC: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Retrieved from https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_Etat-situation2018_EN.pdf

Chen, C. Y.-C., Byrne, E., & Vélez, T. (2021). Impact of the 2020 pandemic of COVID-19 on families with school-aged children in the United States: roles of income level and race. *Journal of Family Issues,* 1-22.

Collin-Vézina, D., Brend, D., & Beeman, I. (2020). When it counts the most: Trauma-informed care and the COVID-19 global pandemic. *Developmental Child Welfare,* 1–8.

Curry, S. R., van Draanen, J., & Freisthler, B. (2017). Perceptions and use of a web-based referral system in child welfare: differences by caseworker tenure. *Journal of Technology in Human Services, 35*(2), 152-168.

Dellor, E., Lovato-Hermann, K., Wolf, J. P., Curry, S. R., Freisthler, B. (2015). Introducing technology in child welfare referrals: a case study. *Journal of Technology in Human Services, 33*(4), 330-344.

Devlieghere, J., Roose, R. (2018). Electronic Information Systems: In search of responsive social work, *Journal of Social Work*.

Drumm, R.D., McCoy, H.V., & Lemon, A. Technology trauma: Barriers to increasing technology utilization. Social Work in Health Care. 2003; 37(4):39–56.

Edström, J., Moreau, A., & Sire, X. R. (2013). Lessons from Senegal's database system for case management for child protection: a pilot project on web-based and mobile technology. *Institute of Development Studies Bulletin, 44*(2), 69-81.

Elliott, A., & Mazhari, L. (2017). Mobile technology in the field of social work: a report for the BC ministry of children and family development. Retrieved from https://marcopolis.org/wp-content/uploads/2019/07/Elliot-Mazhari-2017-Final-Report-Mobile-Technology-in-the-Field-of-Social-Work-GS-505.pdf

Fallon, B., Filippelli, J., Joh-Carnella, N., Collin-Vézina, D., Lefebvre, R., Moody, B., Trocmé, N., & Quinn, A. (2020). An examination of past trends in school reports to child welfare : considerations for reported child maltreatment. *Child Maltreatment,* 1-8.

Foeday, J. K. (2011). Social work in the ICT age: how to ensure ethical and competent practice in the 21st century and beyond.

Geoffrion, S., & Collin-Vézina, D. (2020, February 16). Opinion: There is no protective gear to shield youth protection workers from compassion fatigue. *CTV News.* Retrieved from https://montreal.ctvnews.ca/opinion-there-is-no-protective-gear-to-shield-youth-protection-workers-from-compassion-fatigue-1.5311457

Giffords, E.D. (2009). The internet and social work: The next generation. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 90*(4), 413-418.

Gillingham, P., & Humphreys, C. (2010). Child protection practitioners and decision-making tools: observations and reflections from the front line. *British Journal of Social Work, 40,* 2598-2616.

Government of Quebec. (2021). Data on COVID-19 in Quebec. Retrieved from https://www.quebec.ca/en/health/health-issues/a-z/2019-coronavirus/situation-coronavirus-in-quebec

Guay, M., Gosselin, V., Petit, G., Baron, G., & Gagneur, A. (2019). Determinants of vaccine hesitancy in Quebec : a large population-based survey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics, 15*(11), 2527-2533.

Hsu, C., & Sandford, B. (2007). The delphi technique: Making sense of consensus. Practical Assessment, Research, and Evaluation, 12(10). https://doi.org/10.7275/ pdz9-th90.

Kalil, A., Mayer, S., & Shah, R. (2020). Impact of the COVID-19 crisis on family dynamics in economically vulnerable households. Working paper no. 2020-143. Becker Friedman Institute for Economics, University of Chicago. Retrieved from https://bfi.uchicago.edu/wp-content/uploads/2020/10/BFI_WP_2020143.pdf

Karpman, M., Zuckerman, S., Gonzalez, D., & Kenney, G. M. (2020). The COVID-19 pandemic is straining families' abilities to afford basic needs. Washington, DC: Urban Institute. Retrieved from

https://www.urban.org/research/publication/covid-19-pandemic-straining-families-abilities-afford-basic-needs

Khan, K.S., Mamun, M.A., Griffiths, M.D. *et al.* The Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic Across Different Cohorts. *Int J Ment Health Addiction* (2020). https://doi.org/10.1007/s11469-020-00367-0

Kramer, H. S., & Drews, F. A. (2017). Checking the lists: A systematic review of electronic checklist use in health care. *Journal of Biomedical Informatics, 71S,* S6–S12. https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.09.006.

Lebow, J. L. (2020). Family in the age of COVID-19. *Family Process, 59*(2), 1-4.

Lindau, S. T., Makelarski, J. A., Abramsohn, E. M., Beiser, D. G., Boyd, K., Chou, C., Giurcanu, M., Huang, E. S., Liao, C., Schumm, L. P., & Tung, E. L. (2019). CommunityRx: A real-world controlled clinical trial a scalable, low-intensity community resource referral intervention. *American Journal of Public Health, 109*(4), 600-606.

Lindau, S. T., Makelarski, J., Abramsohn, E., Beiser, D. G., Escamilla, V., Jerome, J., & Miller, D. C. (2016). CommunityRx: A population health improvement innovation that connects clinics to communities. *Health Affairs, 35*(11).

Murray, J. S. (2009). A collaborative approach to meeting the psychosocial needs of children during an influenza pandemic. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 15*(2), 135–143.

Phelps, C., & Sperry, L. L. (2020). Children and the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(S1), S73–S75. https://doi.org/10.1037/tra0000861

Power, K. (2020). The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, Practice and Policy, 16*(1), 67-73.

Räsänen, J.-M. (2015). Emergency social workers navigating between computer and client. *British Journal of Social Work, 45,* 2106-2123.

Sistovaris, M., Fallon, B., Miller, S., Birken, C., Denburg, A., Jenkins, J., Levine, J., Mishna, F., Sokolowski, M., & Stewart, S. (2020). Child welfare and pandemics. Policy Bench, Fraser Mustard Institute of Human Development, University of Toronto.

Quinn, A., & Phillips, A. (2010). Online synchronous technologies for employee- and client-related activities in rural communities. *Journal of Technology in Human Services, 28*(4), 240-251.

Santhiveeran, J. (2009). Compliance of social work e-therapy websites to the NASW code of ethics. *Social Work in Health Care, 48*(1), 1-13.

Sinha, V., Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Fast, E., Prokop, S. T., et al. (2011). *Kiskisik Awasisak: Remember the children: Understanding the overrepresentation of first nations children in the child welfare system.* Ontario: Assembly of First Nations.

Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 7*(1), 105–110.

Statistics Canada. (2016). Focus on geography series, 2016 census: Province of Quebec. Statistics Canada Catalogue no. 98-404-X2016001. Ottawa, ON. Retrieved from https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-pr-eng.cfm?LANG=Eng&GK=PR&GC=24&TOPIC=9

Statistics Canada. (2013). Health at a glance: mental and substance use disorders in Canada. Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X. Retrieved from https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm

Stevenson, E., Barrios, L., Cordell, R., Delozier, D., Gorman, S., Koenig, L. J., Odom, E., Polder, J., Randolph, J., Shimabukuro, T. T., & Singleton, C. (2009). Pandemic influenza planning: Addressing the needs of children. *American Journal of Public Health, 99*(2), S255–S260.

Weiner, D., Navalkha, C., Abramsohn, E., DePumpo, M., Paradise, K., Stiehl, M., & Lindau, S. T. (2019). Mobile resource referral technology for preventive child welfare services: implementation and feasibility. *Children and Youth Services Review, 107,* 104499.

WHO–UNICEF–Lancet Commissioners. (2020). After COVID-19, a future for the world's children? *The Lancet, 396*(10247), 298-300.

Wilke, N. G., Howard, A. H., & Pop, D. (2020). Data-informed recommendations for services providers working with vulnerable children and families during the COVID-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect, 110*, 10462.

World Population Review. (2021). Quebec population in 2021. Retrieved from https://worldpopulationreview.com/canadian-provinces/quebec-population

VI. Principales activités de diffusion

À noter que seul le processus de recherche, et non les résultats de la recherche, a été diffusé jusqu'à présent.

Articles revus par les pairs

Collin-Vézina, D., Brend, D., & Beeman, I. (2020). When it counts the most: Trauma-informed care and the Covid-19 global pandemic. *Developmental Child Welfare*. doi:10.1177/2516103220942530

Fallon, B., Lefebvre, R., **Collin-Vézina**, D., Houston, E., Joh-Carnella, N., Malti, T., Filippelli, J., Schumaker, K., Manel, W., Kartusch, M., & Cash, S. (2020). Screening for economic hardship for child welfare-involved families during the COVID-19 pandemic: A rapid response. *Child Abuse & Neglect.* doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104706

Katz, C., Katz, I., Andressen, S., Bérubé. A., **Collin-Vézina,** D., **Fallon**, B., Fouché, A., Haffejee, S., Masrawa, N., Muñoz P., Priolo, F.S., **Tarabulsy**; G., Truter, E., Varela, N., & Wekerle, C. (2021). Child maltreatment reports and child protection services responses during COVID-19: Knowledge exchange among Australia, Brazil, Canada, Columbia, Germany, Israel and South Africa. *Child Abuse & Neglect.* doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105078

Articles grands publics

Collin-Vézina, D. (2020). Retour en classe : Comment les profs peuvent réagir aux cas de maltraitance. *The Conversation*. https://theconversation.com/retour-en-classe-comment-les-profs-peuvent-reagir-aux-cas-de-maltraitance-137652[1]

Collin-Vézina, D. & Milot, T. (2020). Four strategies to support vulnerable children when schools re-open after coronavirus. *The Conversation*. https://theconversation.com/4-strategies-to-support-vulnerable-students-when-schools-re-open-after-coronavirus-136201

Collin-Vézina, D. & Milot, T. (2020). Covid 19: Quatre actions à prendre dès maintenant pour protéger les enfants. *The Conversation*. https://theconversation.com/covid-19-quatre-actions-a-prendre-des-maintenant-pour-proteger-les-enfants-vulnerables-134840

Podcasts

Collin-Vézina, D. (2020). Directly supporting families struggling during COVID-19. *Canada Foundation for Innovation – Research in a Time of Pandemic Series.*
English version: https://www.youtube.com/watch?v=SomLn6Xh4L4
French version: https://www.youtube.com/watch?v=jB_fiAHf5gY

Collin-Vézina, D. (2020). SSHRC Perspectives on COVID-19: Impacts on underrepresented populations. https://www.youtube.com/watch?v=_3wyFGahFLI&list=PLww1dvjSoO4ODR9NxDARvJHZaXwi_ryn6&index=5

Présentations sur invitation et conférences

Collin-Vézina. D. (2021). When it counts the most: Trauma-informed care and the COVID-19 global pandemic. *Italian Complex Trauma Virtual Conference.*

[1] Les trois articles sur le sujet de la crise du covid-19 publiés dans The Conversation ont été lus par 32 770 personnes au 1er décembre 2020. L'un d'entre eux a été traduit et republié en japonais : http://bigissue-online.jp/archives/1077466261.html.

Collin-Vézina, D. (2020). Répondre aux besoins des familles en situation de vulnérabilité pendant la pandémie du COVID-19. *Série webinaire UdM École de service social*.

Collin-Vézina, D. (2020). Imagining a Post-Pandemic World. *McGill Homecoming* https://www.alumni.mcgill.ca/aoc/events-travel/EventDetails.php?id=NDA4NjE=

Collin-Vézina, D. & **Fallon**, B. (2021). Screening for economic hardship for child welfare-involved families during the COVID-19 pandemic: A rapid partnership response. *2021 Virtual Society for Research in Child Development Biennial Meeting*

Collin-Vézina, D., Doucet, M., & Cadieux Van Vliet, A. (2020). Where are children and youth voices amidst the pandemic? Learning from past research to inform meaningful COVID-19 projects. *Canadian Coalition for the Rights of Children Webinar serie.*

Fallon, B. & **Collin-Vézina**, D. (2020). Child welfare and pandemics: What we know and what we can do. *ISPCAN Presents: COVID-19 WEBINAR SERIES.*

Fallon, B. & **Collin-Vézina** (2021). Child welfare engagement with families during a pandemic: A clinical tool initiative across Ontario, Quebec and New Brunswick. *McGill Centre for Research on Children and Families*

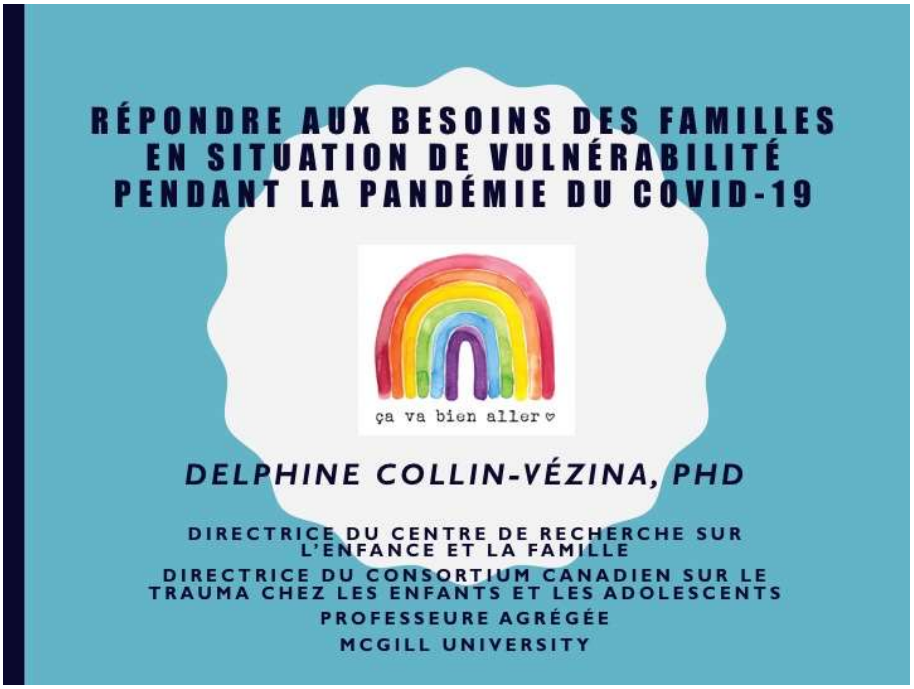
Annexe A. Questions de la grille santé

1. La famille a-t-elle suffisamment de nourriture, de médicaments et de produits usuels pour une semaine (y compris des couches, du lait maternisé et des produits d'hygiène)?
2. De façon générale, y a-t-il suffisamment d'argent pour payer les services publics, la nourriture et le logement?
3. Un membre de la famille présente-t-il des symptômes de la COVID-19 ou court-il un risque accru de contracter la maladie?
4. Un membre de la famille a-t-il d'autres problèmes de santé qui nécessitent des soins?
5. Les membres de la famille ont-ils pris du retard ou connu une interruption de la vaccination de routine en raison de la pandémie?
6. La famille comprend-elle l'importance de la distanciation physique, y compris pendant les périodes passées hors de la maison?
7. Y a-t-il des désinfectants et du savon accessibles à la maison et sont-ils régulièrement utilisés?
8. La famille a-t-elle besoin d'aide pour établir un plan de surveillance adéquat si les adultes doivent s'éloigner temporairement de leurs enfants (courses, soins de santé)?
9. La famille dispose-t-elle d'une connexion internet ou d'une connexion cellulaire à la maison ainsi que des appareils nécessaires pour y accéder?
10. La personne qui s'occupe des enfants travaille-t-elle, que ce soit à la maison ou à l'extérieur?
11. La famille est-elle touchée par les fermetures ou l'accès limité aux garderies, services de garde ou écoles?
12. La famille est-elle d'origine Premières Nations, Métis ou Inuits?

Annexe B. Questions de la grille santé mentale

1. Le bien-être psychologique des enfants, des jeunes et des personnes qui s'occupent d'eux a-t-il décliné en raison du stress lié au confinement ou à l'anxiété relative à la COVID-19?
2. Les enfants et les adolescents à la maison présentent-ils des comportements problématiques en raison du stress lié au confinement ou à l'anxiété relative à la COVID-19?
3. Les adultes de la famille sont-ils dépassés par le stress lié au confinement ou par l'anxiété relative à la COVID-19?
4. Les conflits et les tensions entre les adultes de la famille augmentent-ils en raison de la crise de la COVID-19?
5. Les adolescents et les adultes de la famille présentent-ils des problèmes d'abus d'alcool et de drogues préoccupants pour eux ou pour les autres enfants de la maison?
6. La famille constate-t-elle une absence de routine se répercutant sur le bien-être de ses membres?
7. La famille a-t-elle des difficultés à prévoir du temps pour s'amuser pendant la journée?
8. La famille vit-elle un isolement social et un manque de liens significatifs?
9. Est-ce que les caractéristiques de l'environnement immédiat augmentent le niveau de stress des adultes dans la famille (surpopulation dans le logement, régions rurales ou éloignées)?
10. La famille est-elle en mesure de se conformer aux mesures de distanciation physique lors des activités religieuses, culturelles ou communautaires?
11. La famille est-elle d'origine Premières Nations, Métis ou Inuits?

Annexe C. Diapositives de la formation (été 2020)



GRILLES CLINIQUES POUR LES INTERVENANTS DU CONTINUUM JEUNESSE

- **Des grilles cliniques ont été élaborées pour faciliter les conversations des intervenants avec les familles concernées par les services du continuum jeunesse pendant la pandémie de COVID-19.**
  - Les grilles cliniques sont courtes et faciles à remplir (en quelques minutes), accessibles en lignes, complètent les connaissances et l'expertise existantes et ont été testées sur le terrain et basées sur l'expérience réelle.
  - Elles sont destinées à aider à transmettre quatre principes pour surmonter le stress toxique lié à la pandémie: le respect, l'information, la relation et l'espoir.
  - Chaque grille clinique est accompagnée de ressources et d'outils en ligne afin d'avoir des références rapides aux pratiques et protocoles actuels en lien avec la pandémie. Les listes seront mises à jour au fur et à mesure de l'évolution des pratiques et des réponses des services à l'enfance pendant la pandémie.
- Projet subventionné par le MSSS et McGill

PROJET EN COURS

- Implanter et évaluer la mise en œuvre des grilles dans trois CIUSSS du Québec (1ère et 2e lignes).
- Documenter les défis auxquels sont confrontées les familles impliquées dans les services du continuum Jeunes en difficulté en utilisant les données générées par l'outil, comme moyen de diffuser des informations probantes qui pourront directement influencer les pratiques et les politiques.
  - Approbation éthique obtenue –> formulaire de consentement
- Élaborer un protocole pour la diffusion de ces outils dans tous les CIUSSS et CISSS de la province.
- Collaborer avec des partenaires des organisations autochtones pour développer des adaptations complètes des grilles pour les communautés du Québec.
- Finaliser des versions en français et en anglais pour le Nouveau-Brunswick.

GRILLE SANTÉ Q1 À Q5

1. La famille a-t-elle suffisamment de nourriture, de médicaments et de produits usuels pour une semaine (y compris des couches, du lait maternisé et des produits d'hygiène)?	Non
2. De façon générale, y a-t-il suffisamment d'argent pour payer les services publics, la nourriture et le logement?	Non
3. Un membre de la famille présente-t-il des symptômes de la COVID-19 ou court-il un risque accru de contracter la maladie?	Oui
4. Un membre de la famille a-t-il d'autres problèmes de santé qui nécessitent des soins?	Oui
5. Les membres de la famille ont-ils pris du retard ou connu une interruption de la vaccination de routine en raison de la pandémie?	Oui

GRILLE SANTÉ Q6 À Q11

6. La famille comprend-elle l'importance de la distanciation physique, y compris pendant les périodes passées hors de la maison?	Non
7.Y a-t-il des désinfectants et du savon accessibles à la maison et sont-ils régulièrement utilisés?	Non
8. La famille a-t-elle besoin d'aide pour établir un plan de surveillance adéquat si les adultes doivent s'éloigner temporairement de leurs enfants (courses, soins de santé)?	Oui
9. La famille dispose-t-elle d'une connexion internet ou d'une connexion cellulaire à la maison ainsi que des appareils nécessaires pour y accéder?	Oui/ Non
10. La personne qui s'occupe des enfants travaille-t-elle, que ce soit à la maison ou à l'extérieur?	Oui
11. La famille est-elle touchée par les fermetures ou l'accès limité aux garderies, services de garde ou écoles?	Oui

GRILLE SANTÉ MENTALE Q1 À Q5

1. Le bien-être psychologique des enfants, des jeunes et des personnes qui s'occupent d'eux a-t-il décliné en raison du stress lié au confinement ou à l'anxiété relative à la COVID-19?	Oui
2. Les enfants et les adolescents à la maison présentent-ils des comportements problématiques en raison du stress lié au confinement ou à l'anxiété relative à la COVID-19?	Oui
3. Les adultes de la famille sont-ils dépassés par le stress lié au confinement ou par l'anxiété relative à la COVID-19?	Oui
4. Les conflits et les tensions entre les adultes de la famille augmentent-ils en raison de la crise de la COVID-19?	Oui
5. Les adolescents et les adultes de la famille présentent-ils des problèmes d'abus d'alcool et de drogues préoccupants pour eux ou pour les autres enfants de la maison?	Oui

GRILLE SANTÉ MENTALE Q6 À Q10

6. La famille constate-t-elle une absence de routine se répercutant sur le bien-être de ses membres?	Oui
7. La famille a-t-elle des difficultés à prévoir du temps pour s'amuser pendant la journée?	Oui
8. La famille vit-elle un isolement social et un manque de liens significatifs?	Oui
9. Est-ce que les caractéristiques de l'environnement immédiat augmentent le niveau de stress des adultes dans la famille (surpopulation dans le logement, régions rurales ou éloignées)?	Oui
10. La famille est-elle en mesure de se conformer aux mesures de distanciation physique lors des activités religieuses, culturelles ou communautaires?	Non

RESSOURCES SPÉCIFIQUES POUR FAMILLES AUTOCHTONES

Question 12 – Santé	Question 11 - Santé mentale
Page web de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) sur la COVID-19 (FR) Coronavirus (COVID-19) – Informations pour les communautés autochtones (FR) Jeux interscolaires du Conseil en éducation des premières nations (FR) Une programmation jeunesse libre-service à APTN lumi (FR) S'adapter à la vie en télétravail et bien s'organiser (premières nations) (FR) Modèle de routine quotidienne pour les jeunes (premières nations) (FR) Radios autochtones : traduire les maux de la pandémie (FR, IN) SOCAM – 1 voix 2 nations – Radio en langue innue et atikamekw (FR)	Ekuen pua & friends - Hymne de résilience en langue innue (IN) 24/7 First Nations and Inuit Hope for Wellness: 1 855-242-3310 Ekuan pua - ainsi soit-il, un hymne innu au temps du confinement (FR) Radios autochtones : traduire les maux de la pandémie (FR) Info-Social Atikamekw 1 855-523-2082 (7/7, 8h à 20h) (FR)

ÉTAPES

- Il faut d'abord obtenir l'approbation de tous les intervenants impliqués via leur signature du formulaire de consentement.
  - Les signatures électroniques sont acceptables
  - Les signatures 'papier' peuvent être numérisées
  - Dans les deux cas, les formulaires doivent être envoyés à mon courriel: delphine.collin-vezina@mcgill.ca
- Chaque intervenant peut ensuite se créer un compte:
  - https://covid-19-child-welfare-engagement-checklists.convergence.tech/
- Lors des contacts réguliers avec leurs clients, les intervenants doivent compléter les deux grilles.
  - Une liste de ressources leur sera envoyée par courriel sur la base des résultats aux grilles; ce document peut être sauvergardé, mis ou dossier du client ou transferé au client lui-même.
- Idéalement, la grille doit être utilisée lors de chaque contact, afin de monitorer l'évolution des défis vécus par les enfants et les familles.
- Les ressources seront mises à jour par notre équipe à chaque mois afin de rester pertinent en fonction de l'évolution de la covid.
- Un court sondage peut être complété pour nous offrir des commentaires ou suggestions.

MERCI!
ça va bien aller
DELPHINE.COLLIN-VEZINA@MCGILL.CA

Annexe D. Formulaire de consentement du participant

Institut universitaire en santé mentale Douglas

INFORMATION AND CONSENT FORM

Title of the research project :	**Responding to the Needs of Vulnerable Families During the COVID-19 Pandemic**
Researcher in charge of the research project :	Dr. Delphine Collin-Vézina (McGill University)
Co-researcher(s) :	Dr. Barbara Fallon (Toronto University), Dr. Nico Trocmé (McGill University), Drs Tonino Esposito, Denis Lafortune, Marie-Andrée Poirier (Université de Montréal), Nathalie Bibeau (CIUSSS-CSM), and Dr. George Tarabusly (Université Laval)
Member(s) of research staff :	Irene Beeman, Rusan Lateef (McGill University)
Name of the sponsor or granting agency:	Ministère de la Santé et des Services Sociaux; Université McGill
Protocol's number :	IUSMD-20-14

1. Introduction

We invite you to participate in a research project. However, before agreeing to participate in this project and signing this information and consent form, please take the time to read, understand and carefully consider the following information.

This form may contain words you do not understand. We invite you to ask any questions that you may deem useful to the researcher in charge of this project or to a member of its research staff and to ask them to explain any word or information that is not clear.

2. Nature and objectives of the research project

You are invited to take part in a study that aims to assist Quebec health and social services workers and child protection workers to quickly identify and intervene to address economic and associated health and social hardships experienced by vulnerable families during the COVID-19 pandemic. The COVID-19 pandemic and its associated unique stressors may result in chronic concerns for vulnerable families and may pose new risks to the protection and well-being of children. This study aims to support child- and family serving organizations' capacity to meet the concrete needs and related health and social demands of vulnerable families during the COVID-19 pandemic.

3. Conduct of the research project.

This project involved completing two brief online clinical checklists to assess health and mental health needs of the families you serve. An online training program consisting of training videos will be offered to you in order to familiarize you with these tools, and how to implement its use. The training videos will provide instruction on how to engage in discussions with families around health and mental health issues. Each checklist is accompanied by a list of resources and tools to provide relevant up-to-date information and referrals to families.

3.1 Location of the research project, duration and number of visits

This research project will take place at the normal location where you assess and intervene with families. Your participation in the project through use of the clinical tool will last over the next few months, until all confinements and social distancing measures are lifted. Completion of a 5-minute online survey regarding your experience with the tool will take place for only the first month of the project. All tools will be available online.

3.2 Nature of your participation

As a participant, you will be asked to fill out the online checklists with the families in your caseload over the course of the following months, until the pandemic crisis gets resolved. The information that you enter in the checklists will be used for research purposes.

In the first month, you will be invited weekly to complete a brief survey (approximately 5 minutes) about the utility of the clinical tool and the accompanying training. This feedback will help ensure that the tool is most helpful to your work.

4. **Disadvantages associated with the research project**

We do not anticipate that this study will cause you any distress or other unpleasantness as it is meant to support the valuable work you already do with the families you serve. However, if you were to experience discomfort or unease, the researchers involved in the implementation of the project would be available to discuss this with you. The research components associated with the initiative will require approximately 1 hour of your time (listening to the videos, completing weekly surveys for a month). The use of the checklists should not add any burden to work as it is meant to facilitate the contact you already have with the families in your caseload.

5. **Risks associated with the research project**

The research team believes that participating in this research project carries little risk to you.

6. **Benefits associated with the research project**

Workers who participate in this project will have the opportunity to take part in a training program on a clinical tool that could assist them to provide ongoing services to families amidst the COVID 19 pandemic as well as its eventual aftermath. The feedback provided by workers through the surveys will be taken into consideration to continuously enhance and adjust the tool

to be of greatest value to workers during the COVID 19 pandemic, as well a for routine use in the future by all child-serving sectors in Quebec.

You may be getting a personal benefit from your participation in this research project, but we cannot assure you of that. **Furthermore,** we hope the results obtained will contribute to the advancement of scientific knowledge in this area of research.

7. Voluntary participation and possibility of withdrawal

Your participation in this research project is voluntary. You are therefore free to refuse to participate. You can also withdraw from this project at any time, without having to give reasons, and with no consequences, by informing the research team.

The researcher in charge of the research project, the Research Ethics Board of the Douglas Mental Health University Institute, McGill University or the Ministère de la Santé et des Services Sociaux may terminate your participation, without your consent. This can happen if new discoveries or information indicate that your participation in the project is no longer in your interest, if you do not follow the instructions of the research project, or if there are administrative reasons for abandoning the project.

If you withdraw from the project or are withdrawn from the project, the information and materials already collected under this project will nevertheless be retained, analyzed or used to ensure the integrity of the project.

Any new knowledge gained during the course of the project that could have an impact on your decision to continue to participate in this project will be communicated to you quickly.

8. Confidentiality

During your participation in this research project, the researcher in charge of this project as well as the members of its research staff will gather, in a research file, the information concerning you and necessary to meet the scientific objectives of this research project.

This information will include information regarding your experiences and impressions using the clinical tool you will be trained to use in your practice. Information in your file may also include your name, gender, date of birth and ethnicity.

All information collected will remain confidential to the extent permitted by law. In order to preserve your identity and the confidentiality of this information, you will only be identified by a code number. The key of the code linking your name to your research file will be retained by the researcher responsible for this research project.

The information collected as research data will be used by the researcher responsible for the project to meet the scientific objectives of the project described in the information and consent form.

These research data will be kept for a maximum of 7 years after the end of the study by the researcher responsible for this research project. Research data may be published or scientifically discussed, but it will not be possible to identify yourself.

For purposes of surveillance, control, protection, security, your search folder will be accessible by a person mandated by regulatory agencies, by the institution or by the Ethics Committee of the Douglas Mental Health University Institute. These individuals and organizations adhere to a privacy policy.

You have the right to consult your research file to verify the information collected and to have it corrected if necessary. In addition, access to certain information before the end of the study could imply that you are removed from the project in order to preserve its integrity.

9. Possibility of marketing

Research results resulting from your participation may lead to the creation of commercial products. However, you will not receive any financial benefit.

10. Financing of the research project

The researcher responsible for this research project received funding from the Ministère de la Santé et des Services Sociaux and McGill University to carry out this research project.

11. Compensation

You will not receive financial compensation for participating in this research study. However, your participation will be accompanied by release time to take part in training and complete questionnaire packages.

12. In case of prejudice

If you suffer any prejudice as a result of your participation in the research project, you will receive all the care and services required by your state of health.

By agreeing to participate in this research project, you do not waive any of your rights and you do not release the researcher in charge of the research project, McGill University or the Ministère de la Santé et des Services Sociaux, and the establishment of their civil and professional liability.

13. Identification of contacts

If you have questions or experience problems in connection with the research project or if you want to remove, you can contact the researcher in charge of the research project, Dr. Delphine Collin-Vézina, at the following number: 514-398-7058.

14. Complaints

For questions about your rights as a participant in this research project or if you have any complaints or comments, you can contact the Commissioner for Complaints and Quality Services CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal at 1 844 630-5125 or by email at commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca .

15. Conflicts of interest

The principal investigator states that she has no personal interest that could conflict with her role as a researcher.

16. Monitoring of the ethical aspects of the research project

The Ethics Committee of the Douglas Mental Health University Institute approved this research project and monitored it for institutions in Quebec's health and social services network.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal Québec

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

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal Québec

Institut universitaire en santé mentale Douglas

Declaration of Consent

Project title of research : Responding to Vulnerable Families During the COVID-19 Pandemic

Participant's consent.

I have read the information and consent form. I was told about the research project and this information and consent form. My questions were answered and I was given the time to make a decision. Upon reflection, I agree to participate in this research project under the conditions set out therein.

Future research projects (secondary use)

I agree that my research data be used by the researcher in charge of the research project to carry out other research projects both in the field of mental health, or in the field of health promotion, care and interventions.

☐ **Yes** ☐ **No**

Name and signature of participant Date

Signature of the person who obtained the consent if different from the researcher in charge of the research project.

I explained to the participant the research project and this information and consent form and I answered the questions he asked me.

Name and signature of the person who obtains the consent Date

Signature and commitment of the researcher responsible for this research project.

I certify that this information and consent form has been explained to the participant and that his questions have been answered.

I agree, with the research team, to respect what has been agreed to the information and consent form and to provide a signed and dated copy to the participant.

Name and signature of the researcher responsible for this research project Date