Document généré le 29 mars 2024 09:30

Science of Nursing and Health Practices
Science infirmière et pratiques en santé



L'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance : analyse situationnelle de sa mise en oeuvre dans les pratiques de soins primaires

The Duty to Report to Child Protection Services: A Situational Analysis of its Implementation in Primary Care Nursing Practices

Pierre Pariseau-Legault, Guillaume Ouellet, Etienne Paradis-Gagné, Emmanuelle Bernheim et Nicolas Sallée

Volume 5, numéro 1, 2022

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1090529ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1090529ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

ISSN

2561-7516 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Pariseau-Legault, P., Ouellet, G., Paradis-Gagné, E., Bernheim, E. & Sallée, N. (2022). L'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance : analyse situationnelle de sa mise en oeuvre dans les pratiques de soins primaires. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, *5*(1), 34–47. https://doi.org/10.7202/1090529ar

Résumé de l'article

Introduction : Les études menées à l'international suggèrent qu'un manque de connaissances médico-légales, d'habiletés cliniques et de soutien organisationnel pourrait nuire à la mise en œuvre de l'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance par le personnel infirmier. Aucune étude n'a jusqu'à ce jour documenté le processus d'intégration de l'obligation de signalement à la pratique infirmière en soins primaires.

Objectifs : Décrire le rôle perçu par les infirmières de soins primaires à l'égard de la prévention de la maltraitance auprès des enfants et explorer le processus de mise en œuvre de l'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance.

Méthodes : Une analyse situationnelle a été réalisée à partir de 14 entrevues semi-dirigées auprès d'infirmières de soins primaires au Québec, Canada. Ces entrevues ont fait l'objet d'une analyse cartographique et d'une codification par émergence.

Résultats : La vigilance clinique est une dimension importante de la pratique infirmière, qui est influencée par des contraintes externes. La mise en œuvre de l'obligation de signalement s'appuie sur l'intuition clinique, sur l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire et sur un travail d'organisation dont la portée peut être préventive, ciblée ou symbolique. L'élément déterminant la mise en œuvre de l'obligation de signalement relève de l'exercice d'un contrôle sur la situation et sur ses conséquences anticipées.

Discussion et conclusion : Ces résultats permettent de mieux comprendre le processus de mise en œuvre de l'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance, sous l'angle des facteurs pouvant influencer l'exercice du pouvoir discrétionnaire attribué au personnel infirmier.

© Pierre Pariseau-Legault, Guillaume Ouellet, Etienne Paradis-Gagné, Emmanuelle Bernheim, Nicolas Sallée, 2022

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

SCIENCE OF NURSING AND HEALTH PRACTICES | SCIENCE INFIRMIÈRE ET PRATIQUES EN SANTÉ

Article de recherche empirique | Empirical research article

L'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance : analyse situationnelle de sa mise en œuvre dans les pratiques de soins primaires

The Duty to Report to Child Protection Services: A Situational Analysis of its Implementation in Primary Care Nursing Practices

Pierre Pariseau-Legault https://orcid.org/0000-0001-9833-0187, Ph. D., inf., Professeur agrégé, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Campus de Saint-Jérôme, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, Québec, Canada

Guillaume Ouellet https://orcid.org/0000-0003-2011-2598, Ph. D., Professeur associé, Faculté des sciences humaines, École de travail social, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Etienne Paradis-Gagné https://orcid.org/0000-0001-6524-4346, Ph. D., inf., Professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada

Emmanuelle Bernheim https://orcid.org/0000-0003-4597-264X, LL. D., Professeure titulaire, Faculté de droit, Section droit civil, Université d'Ottawa, Ontario, Canada

Nicolas Sallée, Ph. D., Professeur agrégé, Faculté des arts et des sciences, Département de sociologie, Université de Montréal, Québec, Canada

Correspondance | Correspondence:
Pierre Pariseau-Legault, Ph. D., inf.
Professeur agrégé
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais, Campus de Saint-Jérôme
5 rue Saint-Joseph, local J-2206, Saint-Jérôme, Québec, Canada, J7Z 0B7
pierre.pariseau-legault@uqo.ca

2022 P Pariseau-Legault, G Ouellet, E Paradis-Gagné, E Bernheim, N Sallée.
Creative Commons Attribution 4.0 International License

ISSN 2561-7516

Mots-clés

soins primaires; maltraitance; enfants; prévention; signalement

Résumé

Introduction : Les études menées à l'international suggèrent qu'un manque de connaissances médico-légales, d'habiletés cliniques et de soutien organisationnel pourrait nuire à la mise en œuvre de l'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance par le personnel infirmier. Aucune étude n'a jusqu'à ce jour documenté le processus d'intégration de l'obligation de signalement à la pratique infirmière en soins primaires. **Objectifs** : Décrire le rôle perçu par les infirmières de soins primaires à l'égard de la prévention de la maltraitance auprès des enfants et explorer le processus de mise en œuvre de l'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance. **Méthodes** : Une analyse situationnelle a été réalisée à partir de 14 entrevues semi-dirigées auprès d'infirmières de soins primaires au Québec, Canada. Ces entrevues ont fait l'objet d'une analyse cartographique et d'une codification par émergence. **Résultats** : La vigilance clinique est une dimension importante de la pratique infirmière, qui est influencée par des contraintes externes. La mise en œuvre de l'obligation de signalement s'appuie sur l'intuition clinique, sur l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire et sur un travail d'organisation dont la portée peut être préventive, ciblée ou symbolique. L'élément déterminant la mise en œuvre de l'obligation de signalement relève de l'exercice d'un contrôle sur la situation et sur ses conséquences anticipées. **Discussion et conclusion** : Ces résultats permettent de mieux comprendre le processus de mise en œuvre de l'obligation de signalement aux services de protection de l'enfance, sous l'angle des facteurs pouvant influencer l'exercice du pouvoir discrétionnaire attribué au personnel infirmier.

Keywords

primary care; maltreatment; children; prevention; mandated reporting

Abstract

Introduction: International studies suggest that a lack of forensic knowledge, clinical skills and organizational support may hinder nurses' implementation of the duty to report suspected cases of maltreatment to child welfare services. No studies to date have documented how the duty to report is integrated into primary care nursing practice. **Objectives**: To describe primary care nurses' perceived role in preventing child maltreatment and to explore the process of implementing mandatory reporting to child welfare services. **Methods**: A situational analysis was conducted using 14 semi-structured interviews with primary care nurses in Quebec, Canada. These interviews were qualitatively mapped and analyzed using inductive coding. **Results**: Clinical vigilance is an important dimension of nursing practice, which is influenced by external constraints. The implementation of the duty to report relies on clinical intuition, the exercise of discretionary power and organizational work that can be preventive, targeted or symbolic in scope. The determining factor in the implementation of the duty to report is the exercise of control over the situation and its anticipated consequences. **Discussion and conclusion**: These findings provide insight into the process of implementing mandatory reporting practices to child welfare services in terms of factors that may influence the exercise of nurses' discretionary power.

INTRODUCTION

Au Québec (Canada), les récents débats publics relatifs à la maltraitance envers les enfants ont mis en exergue les problématiques internes aux services de protection de l'enfance (ci-après, SPE) et le manque de continuité entre ces services et les services offerts en communauté. Cette problématique est également documentée à l'international (Nouman et al., 2020; Tung et al., 2019; Blanken et al., 2022). Le quotidien de la pratique du personnel infirmier agissant en prévention de la maltraitance reste paradoxalement méconnu et peu documenté. C'est pourtant en amont des SPE que se retrouve la majorité des cas de maltraitance qui, sans être signalés, peuvent être connus des membres de la communauté (Clément et al., 2018). La valorisation récente des approches de prévention primaire de la maltraitance (Damashek et al., 2018; Jones Harden et al., 2021) et l'importance réaffirmée de l'intervention intersectorielle (Clément et al.) soulèvent d'une part la nécessité de mieux comprendre les mécanismes de concertation entre les professionnels de la santé et les SPE et d'autre part, l'importance d'étudier le processus de mise en œuvre de l'obligation de signalement aux SPE par les professionnels de la santé œuvrant en communauté.

Le dispositif de protection de l'enfance est composé d'un ensemble hétérogène d'institutions, de pratiques, de normes et d'acteurs professionnels qui doivent se concerter dans une perspective de prévention primaire, secondaire et tertiaire de la maltraitance (Dilé, 2022; Lebrun et al., 2020). La majorité des lois visant la protection de l'enfance attribuent au personnel infirmier une obligation de signalement aux SPE lorsqu'il est confronté à une situation préoccupante concernant la sécurité ou le développement de l'enfant. L'encadrement de ce pouvoir discrétionnaire, pour ce qui relève notamment au seuil de signalement, est variable selon les pays et même entre les provinces canadiennes (Child Welfare Information Gateway, 2019; Gordon, 2019). Au Québec, le personnel infirmier est tenu de procéder à un signalement aux SPE, soit à la Direction de la protection de la jeunesse, sans délai lorsque « dans l'exercice de sa profession, [il] a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis […] » (Gouvernement du Québec, 2022, art. 39).

Les études menées à l'international suggèrent qu'un manque de connaissances médico-légales, d'habiletés cliniques et de soutien organisationnel pourrait nuire à la mise en œuvre de l'obligation de signalement aux SPE par le personnel infirmier. En effet, nombre d'études s'intéressant au processus de signalement en viennent à suggérer que les professionnels de la santé peuvent avoir une méconnaissance de leurs obligations légales (Gordon, 2019; McTavish et al., 2017), ne pas s'engager dans un processus de signalement aux SPE malgré une telle connaissance (Lines et al., 2021), suppléer occasionnellement aux SPE (Herendeen et al., 2014; Kuruppu et al., 2020) et être confrontés à une importante culture organisationnelle du blâme à l'égard de leurs décisions (Munro, 2019). Ces difficultés s'expriment notamment par une propension des professionnels de la santé à signaler une situation préoccupante aux SPE uniquement lorsque des preuves factuelles sont collectées, ou lorsque les risques de maltraitance sont imminents (McTavish et al.; Gordon; Nouman et al., 2020). À ce sujet, McTavish et al. suggèrent que les professionnels de la santé, dont les infirmières, soient sensibilisés au seuil de signalement aux SPE, c'est-à-dire aux situations pour lesquelles le signalement est requis par la loi.

À notre connaissance, jusqu'à ce jour aucune étude ne s'est spécifiquement intéressée au processus décisionnel suivi par les infirmières de soins primaires lorsqu'elles sont confrontées à une situation préoccupante à l'égard du bien-être d'un enfant.

OBJECTIF DE L'ARTICLE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Cet article présente les résultats d'une analyse cartographique et d'une codification par émergence de 14 entrevues réalisées auprès d'infirmières en soins primaires dans le cadre d'une recherche exploratoire dont le but est d'analyser le processus menant à la décision de ces infirmières de signaler une situation préoccupante aux SPE. Les objectifs de cette recherche sont de :

1) Décrire le rôle perçu par ces infirmières en ce qui concerne la prévention de la maltraitance auprès des enfants et
2) explorer le processus de mise en œuvre de l'obligation de signalement aux SPE.

MÉTHODES

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Cette recherche s'appuie sur l'analyse situationnelle, une approche méthodologique issue du tournant interprétatif en théorisation ancrée développée par Clarke et al. (2017). L'analyse situationnelle accorde une importance particulière à la sensibilité contextuelle, aux relations de pouvoir, ainsi qu'à l'utilisation d'une variété de discours et de matériel empirique afin de fournir une description riche et détaillée de la situation analysée. Ce type d'approche méthodologique demande également au chercheur de clarifier son propre positionnement vis-à-vis l'objet d'étude. Les travaux du chercheur principal sont d'abord informés par un « savoir de l'intérieur » (*stock-of-knowledge-at-hand*) (Schutz, 1970, p.66, traduction libre), celui-ci référant aux expériences antérieures de terrain. À différentes reprises dans sa carrière, le chercheur principal a été impliqué auprès de familles en difficulté. Ses recherches sont également informées par des valeurs prônant la justice sociale et par la théorie critique, notamment des travaux de Michel Foucault (1999, 1994) portant sur les dispositifs de pouvoir et ceux de Donzelot (2005) portant sur le contrôle disciplinaire des familles. Différents concepts sensibilisateurs (soit la bureaucratie de guichet et l'effectivité du droit) ont finalement été mobilisés durant le processus d'analyse des données et seront décrits plus loin dans cet article.

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

La collecte des données s'est réalisée entre les mois de décembre 2019 et janvier 2021 auprès de 14 infirmières de soins primaires du Québec ayant participé à une entrevue semi-dirigée d'une durée moyenne de 90 minutes, ainsi qu'à partir de l'analyse des politiques publiques et de discours médiatiques couvrant la période concernée (2016-2021). Les résultats rapportés dans cet article relèvent essentiellement de l'analyse des entrevues menées auprès des participantes. Bien que les données issues des politiques et discours publics ne soient pas présentées dans cet article, ces dernières ont été intégrées à l'analyse cartographique des données (Pariseau-Legault, 2022) et à des fins de triangulation des données. Le recrutement des participantes s'est réalisé par l'intermédiaire des médias sociaux et des réseaux de collaboration des chercheurs. Les critères d'inclusion étaient : 1) être infirmière au Québec, 2) travailler en soins primaires et 3) avoir des contacts cliniques réguliers auprès des enfants ou de leurs familles. Aucun critère d'exclusion n'a été établi pour ce projet. Les entrevues ont été enregistrées sur format audio, retranscrites intégralement en format verbatim et intégrées au logiciel NVivo.

Durant cette période, la collecte, la transcription et l'analyse des données ont été réalisées de manière itérative, généralement par regroupements de trois à quatre entrevues. Graduellement et suivant l'analyse préliminaire des données, le recrutement des participantes a été élargi à différents contextes de pratique : d'abord au sein des infirmières œuvrant en milieux scolaires et en santé communautaire, puis aux infirmières travaillant en urgence et aux infirmières travaillant en régions éloignées. L'élargissement du recrutement aux soins d'urgence a été réalisé compte tenu des difficultés d'accès actuelles aux soins offerts en communauté, faisant souvent des salles d'urgence le premier point de contact de familles nécessitant des services de santé. L'élargissement du recrutement aux régions éloignées a été réalisé afin de tenir compte des particularités de ces territoires en ce qui concerne l'organisation des services de santé, les dimensions culturelles de la pratique infirmière et les enjeux locaux associés à la protection de l'enfance (Gagnon-Dion et al., 2018).

La saturation théorique des données, déterminée lorsqu'aucun nouvel élément ne doit être intégré aux cartes situationnelles à l'issue de l'analyse des données (Clarke, 2015), a été atteinte après 12 entrevues. Deux entrevues supplémentaires ont été réalisées afin de confirmer cette saturation.

Les données ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée, consistant en un processus de codification par émergence, de conceptualisation, de catégorisation, de comparaison constante et de mise en relation conceptuelle qui s'accompagne, pour chacune de ces étapes, de mémos analytiques (Clarke et al., 2017; Corbin et Strauss, 1990). Suivant la démarche proposée par Clarke et al. trois cartes analytiques ont été développées durant le processus d'analyse. La présentation de ces cartes est au-delà des objectifs de cet article et elles sont disponibles au lecteur en accès libre (Pariseau-Legault, 2022).

La collecte des données a été réalisée par le chercheur principal (PPL). Plusieurs stratégies ont été mises en place afin d'assurer la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la consistance interne des résultats (Gohier, 2004). Les données ont fait l'objet d'une analyse conjointe par consensus entre PPL et GO. Tous les auteurs de ce manuscrit ont participé à l'analyse finale des données présentées dans cet article. Durant la collecte des données, PPL a également tenu un journal de bord, afin de documenter le processus de collecte et d'analyse interprétative des données. Les données ont été triangulées à la lumière des politiques et des discours publics portant sur la protection de l'enfance, ainsi que par une revue de la littérature scientifique récente portant sur ce sujet.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (2020-572). L'ensemble des paramètres de ce projet sont conformes à l'Énoncé de politique des trois conseils – EPTC2 (2018). Aucun dédommagement n'a été offert aux participantes. Leur consentement à la participation a été documenté par écrit. Ce faisant, elles ont été informées de leurs droits de retrait en tout temps et sans conséquence, de l'utilisation anticipée des résultats de la recherche, de la confidentialité et de l'anonymisation des données, ainsi que des méthodes de conservation et de destruction sécuritaire de celles-ci. Le prénom des participantes a systématiquement été remplacé par un pseudonyme. Des mesures particulières, consistant en un processus de référence à des ressources d'aide et d'écoute, étaient prévues advenant que des participantes ressentent un inconfort durant ou après l'entrevue et qu'elles manifestent le souhait d'obtenir du soutien.

RÉSULTATS

Quatorze infirmières ont participé à cette étude. La moyenne d'années d'expérience des participantes est de 12 ans. La moitié des participantes ont une formation universitaire de premier cycle et six participantes ont un diplôme de deuxième cycle universitaire. Le nombre élevé de participantes ayant des études universitaires pourrait s'expliquer par les prérequis à l'égard des postes occupés par les infirmières au sein de différents services offerts en soins primaires, notamment dans les cliniques médicales et les programmes destinés à une clientèle spécifique (milieu scolaire et santé publique, périnatalité et petite enfance, santé mentale). La dernière partie du questionnaire sociodémographique portait sur la perception des infirmières des différentes dimensions associées à la prévention de la maltraitance et à la protection de l'enfance. Le tableau 1 décrit les caractéristiques sociodémographiques des participantes.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Caractéristiques	N
Sexe	
Féminin	12
Masculin	2
Années d'expérience à titre d'infirmière	
1-5	1
6-10	5
11-15	3
16-20	4
21-25	1
Dernier diplôme obtenu	
Technique	1
Baccalauréat	7
Diplôme d'études supérieures spécialisées	2

Maîtrise	4
Poste occupé	
Milieu scolaire et santé publique	3
Périnatalité et petite enfance	3
Santé mentale	2
Clinique médicale ou dispensaire	4
Urgences générales ou pédiatriques	2
Région	
Grand centre urbain[a]	5
Banlieue ou milieu rural[b]	6
Région éloignée	3
Connaissance perçue des lois concernant la protection de l'enfance	
Faible	4
Bonne	9
Très bonne	1
Compétence perçue quant au processus de signalement	
Faible	3
Bonne	9
Très bonne	2
Formation reçue à l'égard de la protection de l'enfance	
Oui	5
Non	9
Satisfaction quant au résultat du ou des signalements sur la situation	
Faible	5
Bonne	8
Très bonne	0
Non-applicable	1

[a] Municipalités de 100 000 habitants et plus.

[b] Municipalités de moins de 100 000 habitants.

Les prochaines sections décrivent les quatre principales catégories conceptuelles issues de l'analyse des résultats (figure 1) : assurer une vigilance clinique, estimer sa marge de manœuvre, la portée effective du signalement et l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire à l'égard du signalement aux SPE.

1) ASSURER UNE VIGILANCE CLINIQUE

La vigilance clinique réfère à l'interprétation de l'ensemble des informations collectées et interventions planifiées auprès des enfants et de leurs familles dans une perspective de prévention de la maltraitance. La totalité des participantes à cette recherche approche la vigilance clinique comme une fonction essentielle de leur pratique auprès des enfants et de leurs familles. Cette vigilance réfère à deux formes de pratiques interreliées caractérisant le quotidien des soins infirmiers : les pratiques de soins et les pratiques d'investigation. Les résultats de cette étude suggèrent que la vigilance clinique constitue un équilibre précaire entre ces deux formes de pratiques. Alors que le soin a comme finalité de répondre aux besoins de santé exprimés par les enfants et leurs familles, l'investigation médicolégale a comme finalité de déterminer l'existence d'un motif raisonnable de signalement aux SPE.

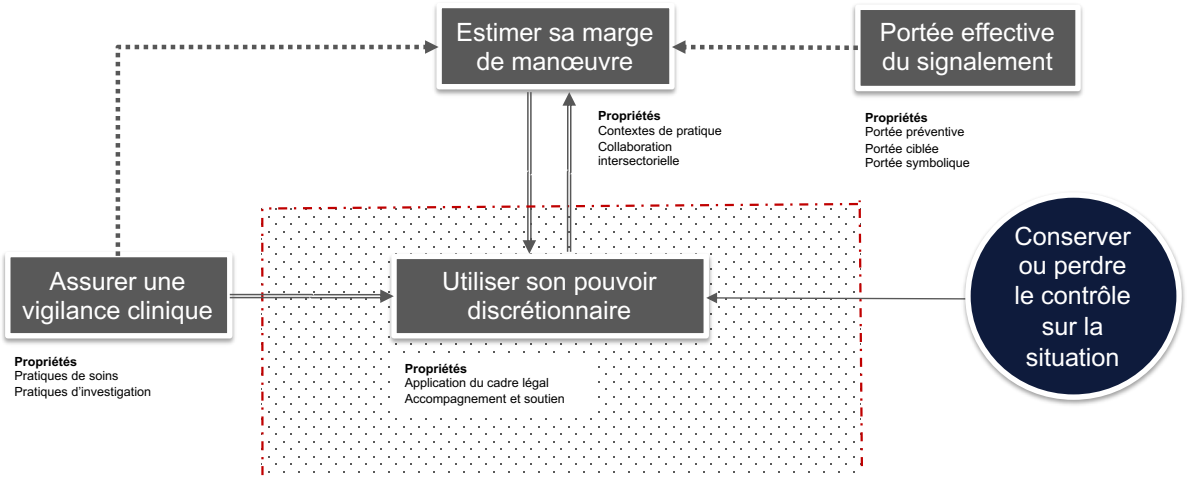
La configuration de la vigilance clinique varie selon les caractéristiques développementales et les besoins de la clientèle. En contexte de santé scolaire, les participantes œuvrant auprès d'adolescents rattachent souvent les enjeux de protection de l'enfance à la santé sexuelle et à la consommation de substances, alors que pour les infirmières travaillant en périnatalité et en petite enfance, ces enjeux sont principalement rattachés à l'évaluation de l'environnement de l'enfant et de la réponse parentale à ses besoins, ainsi qu'aux interventions associées :

> Ils [les adolescents] viennent chercher de l'information, [parce qu'on a] un travail de prévention à faire avec eux […] Par exemple, une jeune fille de 14 ans […] qui a des relations sexuelles. Ça se peut que mon travail de fond ça soit aussi d'aller voir : Ce n'est pas consentant aux yeux de la loi, mais dans sa tête à elle, comment elle le vit son consentement ? […] C'est peut-être ça qu'elle vient chercher comme premier besoin, mais là on saute tout de suite à : légalement, ton consentement, il n'est pas bon (April).

> On est bien sûr tenus d'évaluer l'environnement et ce qu'on pouvait voir au niveau des compétences parentales, au niveau du lien d'attachement, au niveau des soins aussi qui étaient donnés à l'enfant. Ça faisait toujours parti de notre évaluation globale quand on était en visite ou en contact avec les parents (Austin).

Figure 1

Mise en œuvre de l'obligation de signalement en soins primaires par le personnel infirmier



Légende : Flèche pointillée = Travail d'organisation, Flèche double = raisonnement intuitif, Ligne pointillée = Seuil de tolérance

Descriptif : Le maintien d'une vigilance clinique représente l'amorce du processus décisionnel menant les infirmières de soins primaires à déterminer les interventions nécessaires pour prévenir la maltraitance envers les enfants. Le raisonnement intuitif peut déterminer à lui seul la décision de signaler ou non la situation aux services de protection de l'enfance. Dans certaines circonstances, la possibilité de réaliser un travail d'organisation des soins et des services favorise l'identification d'une marge de manœuvre suffisante afin d'éviter le recours au signalement comme stratégie d'intervention. Cette marge de manœuvre est influencée par la portée effective du signalement, dont les effets sur les familles peuvent être préventifs, ciblés, ou symboliques. Les situations se situant au-delà du seuil de tolérance du personnel infirmier à l'égard de la maîtrise de la situation favorisent l'utilisation de son pouvoir discrétionnaire et un signalement aux services de protection de l'enfance. Ce pouvoir discrétionnaire se traduit aussi par des variations dans la manière dont est appliqué le cadre légal et dont sont accompagnés les enfants et leurs familles, le tout afin d'éviter la rupture du lien thérapeutique.

Les résultats de cette analyse situationnelle identifient la reconnaissance, l'évaluation et le signalement de situations préoccupantes aux SPE comme des activités inhérentes aux pratiques d'investigation. Les propos de plusieurs participantes nous informent du changement d'état d'esprit qui s'opère chez le personnel infirmier lorsque les pratiques de soins transitent vers l'investigation, ce qui amplifie l'importance associée à ses dimensions médicolégales.

> Ben mon rôle, en fait, ça va être de bien évaluer et identifier, s'il y a lieu, un cas de maltraitance. Je pense. Et ça va être vraiment de, justement, toujours être... je ne sais pas comment dire ça, mais toujours être à l'affût […] à l'affût de situations qui pourraient être dangereuses pour l'enfant (Sasha).

« En me disant que je ne peux pas aller signaler [aux SPE] sur un « *feeling* », mais que je peux documenter, dans le fond, me dire : j'ai quelque chose qui me dérange, je vais enrichir […] » (Esther).

Les résultats de cette étude suggèrent que les pratiques de soins et d'investigation sont en réalité deux propriétés de la vigilance clinique. Plusieurs participantes ont décrit la vigilance clinique comme une forme d'intuition, un « *gut feeling* » (Sasha). Les résultats suggèrent qu'une telle

intuition est composée d'éléments objectifs (les indicateurs de maltraitance) et subjectifs (les signes de maltraitance). Un résultat important de cette recherche concerne les éléments organisationnels (les possibilités d'actions de l'infirmière vis-à-vis de la situation), qui composent aussi cette intuition et participent à la décision des infirmières ayant participé à cette étude de signaler ou non une situation préoccupante aux SPE.

2) ESTIMER SA MARGE DE MANŒUVRE

Les données collectées auprès des participantes soulignent qu'un jugement organisationnel est posé sur chaque situation afin de déterminer la marge de manœuvre dont elles disposent pour éviter le recours au signalement. En effet, les propos de la majorité des participantes suggèrent que la décision de procéder ou non à un signalement s'appuie en grande partie sur le travail d'organisation accessible à l'infirmière, qui devra mobiliser différents services et professionnels de la santé afin de répondre aux besoins immédiats de la famille. Ce travail d'organisation comprend deux propriétés, l'une associée aux contextes de pratique facilitant la mise en place d'un « filet de sécurité » et l'autre à la culture de collaboration intersectorielle.

> J'étais un petit peu travailleuse sociale à travers ça. Parce que si les [familles] avaient des problèmes au niveau financier je les référais à des organismes… des problèmes au niveau juridique, je les référais à des organismes… Je pouvais faire un travail d'évaluation, mais aussi d'éducation, et, tout ce qui concerne la référence aux services dont elles avaient besoin (Maria).

> Ils vont m'appeler pour la prise en charge. […] Souvent, c'est moi qui vais gérer toutes les problématiques. [...] Donc c'est moi qui vais aller ... essayer de prendre en charge, ou faire les appels ou faire les démarches pour avoir les services (Judy).

Bien qu'aucune d'elles ne conteste l'importance de la collaboration entre les services de soins primaires et les SPE, la majorité des participantes nous informe de plusieurs expériences négatives à cet égard.

> J'ai peu de retours pour voir ce qui est fait à la maison, ce qui est fait avec les parents, pour voir ce que moi je peux faire de mon côté. Comment on peut... Il n'y a pas de discussion de cas (Rudy).

L'absence de rétroaction de la part des SPE complexifie le travail d'organisation du personnel infirmier, notamment parce qu'il subsiste une méconnaissance de leur fonctionnement interne. À l'instar de Logan et Sophia, plusieurs participantes constatent que les difficultés de collaboration intersectorielle peuvent nuire au processus de signalement et à la compréhension des attentes institutionnelles envers le personnel infirmier. « Ça serait d'avoir plus de formation, plus d'information sur leur rôle. Qu'est ce qui arrive après qu'on ait signalé ? Parce que, encore une fois, je pense qu'on ne signale pas assez » (Logan).

> Je vous dirais que ça arrive occasionnellement. Habituellement ce sont des écoles ou des intervenants qui étaient présents qui n'ont pas… Qui n'ont pas été assez alertes, ou des fois les gens ce qu'ils me disent c'est : « Ah ! Oui, mais on appelle [les SPE] et ce n'est jamais retenu ». Ça prend du temps... ça prend du temps signaler (Sophia).

L'ensemble de ces contraintes et leviers à l'action participe à la décision des infirmières de soins primaires de signaler ou non une situation préoccupante aux SPE. L'interprétation des données collectées dans le cadre de cette recherche illustre que ce travail d'organisation se solde par un signalement lorsqu'il est impossible de mettre en place un filet de sécurité assurant un certain contrôle sur la situation. Dans d'autres circonstances, les rapports sont inversés : « [les SPE] ne veulent pas s'impliquer, [...] mais ils souhaitent que nous, on reste au dossier, donc que la première ligne [les soins primaires] on soit un peu le filet de sécurité » (Austin).

3) PORTÉE EFFECTIVE DU SIGNALEMENT

L'effectivité réfère au « […] degré de réalisation dans les pratiques sociales des règles énoncées par le droit » (Lascoumes, 1993, p. 217). Elle encourage à étudier le dispositif de protection de l'enfance sous l'angle des pratiques d'intervention et non uniquement à partir des sources internes du droit (Serre, 2001). Les résultats de cette recherche

pointent vers trois modes de signification de la portée effective du signalement pour les infirmières ayant participé à cette étude.

Les données collectées auprès de l'ensemble des participantes démontrent que la portée du signalement est à la fois préventive et ciblée. La portée préventive du signalement concerne les situations sans indicateur tangible de maltraitance qui laissent toutefois présager un risque à cet égard. Cette forme de signalement s'appuie en grande partie sur la construction discursive de chaque cas clinique et sur la mise en relation des signes de maltraitance. Ces signes se rapportent aux dynamiques internes des familles, mais également aux rapports socioéconomiques, dont la pauvreté et l'exclusion sociale, participant à leur marginalisation. La portée ciblée du signalement concerne les situations pour lesquelles des indicateurs tangibles de maltraitance sont reconnus, évalués et documentés. Cette forme de signalement s'appuie alors en grande partie sur la documentation médico-légale des indicateurs en cause.

Les résultats de cette recherche pointent également vers une troisième forme de signification, jusqu'ici très peu documentée dans la littérature scientifique en sciences infirmières. La portée symbolique du signalement réfère au maintien et à l'amplification des dynamiques de pouvoir auprès de certaines familles. Comme le suggère Emily lorsqu'elle discute des représentations des SPE auprès des familles, « [...] c'est comme un peu la police. Des fois, la police c'est des bons, des fois c'est des mauvais ». Pour plusieurs participantes, cette dynamique est amplifiée auprès des familles économiquement défavorisées et des populations historiquement touchées par la colonisation, souvent ciblées par le signalement.

> On sait que le système de santé [dans la région], est extrêmement rigide et extrêmement violent en fait, [...] je dis violent, parce que je trouve [qu'ici], c'est vraiment l'enjeu de pouvoir d'être intervenant blanc. Il y a vraiment l'enjeu de pouvoir d'être le blanc qui arrive, qui impose ses structures, qui impose sa vision des soins. Qui impose ça (Sasha).

Lorsqu'elles s'expriment au sujet des dimensions normatives et déontologiques associées à la prévention de la maltraitance, les participantes œuvrant auprès de peuples autochtones constatent une amplification des dynamiques coloniales. Rudy exprime, par exemple, qu'il est particulièrement difficile de proposer des interventions destinées à l'amélioration des compétences parentales sans participer au maintien des dynamiques d'oppression départageant les savoirs et les pratiques jugées légitimes et illégitimes.

> Dans le fond, mon Code de déontologie n'est pas sécuritaire culturellement [...] sachant que je ne peux pas leur proposer [des soins traditionnels], [et] travailler avec les guérisseurs de la communauté […]. Ça, je peux ne pas le faire. Ça, c'est souvent en contradiction avec mon [...], avec les lignes directrices de ma pratique. Elles arrivent vite mes limites (Rudy).

Ces dynamiques d'oppression sont également rencontrées dans une large diversité de contextes de pratique. Les données collectées auprès de plusieurs participantes œuvrant en urgence, dans les services de périnatalité et de petite enfance ou en clinique médicale font état du rapport difficile qu'entretiennent certaines familles, souvent issues de milieux économiquement défavorisés (Bernheim, 2017), avec les SPE. Dans ce contexte, plusieurs participantes estiment devoir composer avec et atténuer la méfiance des familles à l'égard des SPE. Lorsqu'elles cherchent à mettre en place des services adaptés à leurs besoins, certaines d'entre elles vont parfois jusqu'à jouer un rôle de médiatrices entre ces familles et les SPE.

> Puis la maman, dès que je parlais du Centre local de services communautaires pour avoir un soutien à la maison, puis d'aller les voir pour de l'encadrement parental, elle décrochait parce qu'elle se rappelait encore du signalement [aux SPE] à la naissance. Pour elle ça avait été difficile et je la « perdais » à chaque fois (Esther).

> Souvent ils sont très fâchés contre [les SPE], puis là... on arrive et ils sont comme plus doux, ils sont plus ouverts. Je pense que si on a une attitude [exempte] de jugement, beaucoup d'ouverture, qu'on pose des questions

ouvertes et qu'on essaye de [maintenir] la discussion, ça peut fonctionner (Austin).

La posture d'intervention de plusieurs participantes agissant auprès des familles à risque ou ciblées par un signalement aux SPE se caractérise par la volonté d'agir avec impartialité et par une attitude visant le maintien de l'ouverture au dialogue. Cette fonction de médiation entre les familles et les SPE a pour visée d'atténuer la violence symbolique caractérisant les représentations des SPE, sans toutefois la contester ouvertement ou offrir des pistes de solutions alternatives.

4) UTILISER SON POUVOIR DISCRÉTIONNAIRE

Au Québec, le personnel infirmier œuvrant auprès des enfants et de leurs familles a l'obligation de signaler sans délai une situation préoccupante aux SPE lorsqu'il a un motif raisonnable de croire que « la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis » (Gouvernement du Québec, 2022, art. 39). L'existence d'un tel motif peut être suspectée tout comme elle peut être avérée par les éléments objectifs, subjectifs et organisationnels précédemment décrits. La mobilisation du pouvoir discrétionnaire attribué aux infirmières de soins primaires se situe donc à la jonction de l'obligation de signaler une situation préoccupante aux SPE et du motif raisonnable sur lequel doit s'appuyer un tel signalement.

Lorsque les participantes sont interrogées sur leurs expériences de signalement, deux dimensions sont systématiquement évoquées : l'application du cadre légal, ainsi que le soutien fourni aux enfants et à leurs familles. Les propos d'April évoquent une expérience partagée par plusieurs participantes au sujet de l'application du cadre légal.

> C'est difficile d'amener son jugement clinique quand on fait un signalement parce qu'on est obligé de le faire. On devrait avoir, peut-être, un peu plus de latitude là-dessus, mais en même temps, ... c'est tellement… c'est la protection des enfants (April) !

Malgré ce manque perçu de latitude, les propos des participantes illustrent que la mise en œuvre de l'obligation de signalement s'appuie sur plusieurs décisions portant sur l'application du cadre légal. D'une part, la décision de signaler repose sur une démarche clinique objective et factuelle. D'autre part, les données collectées auprès de plusieurs participantes suggèrent la nécessité de maintenir cette démarche à l'essentiel, afin d'éviter toute interférence avec les SPE.

> Quand moi je fais un signalement avec ma travailleuse sociale, on s'assoit avant et on écrit : ce qu'on doit dire, ce qu'on a retenu, les dernières rencontres qu'on a eues. On se fait un tableau complet pour leur donner un petit peu de jus (Evelyn).

> Ce que j'ai appris avec l'expérience, [c'est qu'auparavant] je parlais beaucoup avec l'enfant. Je voulais aller chercher toute [l'information], [...] mais après ça tu apprends qu'il ne faut pas trop poser de questions [...] alors il y a tout cet enjeu-là, de prendre une distance, malgré que j'aie les deux pieds dans le dossier (Janet).

Les résultats de cette analyse situationnelle font état de décisions importantes devant être prises quant au soutien offert aux enfants et à leur famille lors d'un signalement aux SPE. Le positionnement des participantes en ce qui concerne la confidentialité du signalement est sur ce point partagé. Plusieurs d'entre elles estiment que la transparence envers les familles peut contribuer plutôt que nuire à l'alliance thérapeutique. D'autres, moins nombreuses, préfèrent préserver la confidentialité de cette démarche.

> J'aime mieux le dire au jeune : Regarde, je n'ai pas le choix de signaler… plutôt qu'il reçoive un appel téléphonique […]. Ça, ça vient détruire complètement ton lien de confiance avec le jeune. J'aime mieux lui dire que je n'ai pas le choix de signaler, parce que […] c'est dans la loi, c'est mon devoir (Paula).

> Je leur explique que je suis inquiète, que je trouve qu'il y a une problématique, que j'aimerais ça qu'on travaille ensemble, pour pouvoir la régler et que si je vois que ça ne fonctionne pas, [déterminer si le problème] mérite un signalement. Parce que là, il n'y aucune chose qu'on met en place qui fonctionne (Evelyn).

> On ne le dit pas. On ne dit pas qu'on ne le fera pas, mais on ne dit pas non plus qu'on va le faire. Donc, on ne le dit pas du tout. [...] Souvent, ça se fait en sortant de la salle : trouve-moi le numéro [des SPE], on va faire un signalement. Les parents ne sont pas au courant de ce qu'on est en train de faire (Judy).

Si l'ensemble des participantes convient que le signalement aux SPE peut influencer, positivement ou négativement, la trajectoire des enfants et des familles, toutes n'adhèrent pas aux mêmes stratégies de mise en œuvre. Par exemple, une participante travaillant auprès d'adolescents victimes d'abus sexuels nous informe qu'elle favorise leur autonomisation, ce qui se traduit par leur accompagnement dans un processus d'auto-signalement. Une seconde participante œuvrant en milieu scolaire et en santé publique nous informe qu'elle demande parfois à un autre membre de l'équipe traitante de faire le signalement, afin de préserver l'alliance thérapeutique auprès de l'enfant dont elle assure le suivi.

DISCUSSION

Les résultats de cette recherche contribuent à mieux comprendre le rôle des infirmières de soins primaires en ce qui concerne la protection des enfants et le processus de mise en œuvre de leur obligation de signalement au contact d'une situation préoccupante.

La vigilance clinique constitue une fonction centrale au rôle des infirmières de soins primaires œuvrant auprès des enfants et de leurs familles. Toutefois, les résultats de cette recherche mettent en lumière l'importance de mieux comprendre ses interactions avec l'intuition clinique et l'exercice du pouvoir discrétionnaire, qui reste jusqu'à ce jour très peu documenté. Le concept de pouvoir discrétionnaire est un élément central de ce que Lipsky (2010) et Buffat (2016) nomment la « bureaucratie de guichet » (*street-level bureaucrats*) lorsqu'ils décrivent la place centrale qu'occupent les agents de l'État dans le processus de mise en œuvre des politiques publiques. Cette notion a notamment été employée par Rebbe (2018) afin d'expliquer les différences d'interprétation et de mise en œuvre des obligations relatives au signalement aux SPE par les professionnels de la santé.

À l'instar de la revue intégrative de 60 écrits réalisée par Lines et al. (2017), plusieurs des participantes appuient l'exercice de ce pouvoir discrétionnaire sur ce qu'elles nomment l'intuition clinique. Au contraire de Keenan et al. (2017), qui associent négativement l'intuition clinique aux dimensions subjectives du soin dans leur étude portant sur la détection des abus physiques auprès des enfants, nos résultats suggèrent que cette intuition clinique est composée de trois éléments : les éléments objectifs (les indicateurs de maltraitance), les éléments subjectifs (les signes de maltraitance) et les éléments organisationnels (la possibilité de mettre en place un filet de sécurité auprès de l'enfant). Le jugement posé sur chaque situation est donc approché par les participantes à cette recherche comme un exercice de pondération entre ces trois éléments. Ce constat corrobore ceux de Cowley et al. (2018) et Hammond (1996) à propos de l'importance du raisonnement intuitif pour le maintien de la vigilance clinique et l'application des politiques publiques par les agents œuvrant en protection de l'enfance.

Contrairement aux constats de Herendeen et al. (2014) et Kuruppu et al. (2020), le jugement organisationnel posé par les infirmières ayant participé à cette étude ne semble pas les mener à suppléer aux services de protection de l'enfance. L'interprétation des données collectées lors de cette étude conceptualise plutôt l'obligation de signalement aux SPE comme une mesure de dernier recours. Le jugement organisationnel posé sur chaque situation vise à déterminer l'existence d'un motif raisonnable de signalement. La possibilité pour les participantes à notre recherche de mettre en place un filet de sécurité permettant d'assurer un contrôle sur la situation et ses conséquences anticipées pour l'enfant constitue un élément déterminant leur décision de signaler ou non une situation préoccupante aux SPE (Nouman et al., 2020). Parfois, les SPE eux-mêmes en viennent à demander le maintien ou la mise en place de services et d'interventions supplémentaires suivant un signalement non-retenu. Le motif raisonnable de signalement est

ainsi approché de manière relative plutôt qu'absolue. Le signalement aux SPE est approché comme un pouvoir de contrainte dont disposent les infirmières et ce pouvoir est interprété à partir du lien thérapeutique entretenu avec les enfants et leurs familles. Seules les situations d'abus physique et sexuel semblent faire exception à ce pouvoir. Néanmoins, en concordance avec les constats de plusieurs auteurs (Gordon, 2019; Lines et al., 2021; McTavish et al., 2017), la confiance envers les SPE est d'une importance particulière. L'ensemble des participantes à notre recherche estiment que le manque de collaboration intersectorielle nuit au processus de signalement et à la compréhension qu'elles ont de leur rôle à cet égard.

Un dernier constat important de cette étude concerne la portée symbolique du signalement. À l'instar de Harding et al. (2019) et Green (2020), les participantes à notre étude expriment être conscientes des effets souvent négatifs du signalement aux SPE sur l'alliance thérapeutique et l'affiliation des familles au sein des services généraux. L'analyse des données de notre étude suggère qu'un rôle informel du personnel infirmier consiste à tempérer la relation houleuse s'exerçant entre les familles ciblées par un ou des signalements et les SPE (Lines et al., 2018). Cette posture semble toutefois limitée dans sa capacité à combattre les injustices structurelles et la violence symbolique induite par le signalement, particulièrement lorsqu'il concerne les familles économiquement défavorisées (Bernheim, 2017) et les communautés autochtones ou racisées (Najdowski et Bernstein, 2018), surreprésentées dans les SPE (Maynard, 2018; Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2011).

LIMITES

Les résultats de cette recherche comportent certaines limites. D'une part, les entrevues réalisées ne permettent pas une observation directe du processus décisionnel opéré par les infirmières de soins primaires à l'égard du processus de signalement. Une telle observation aurait favorisé un approfondissement des données et une description plus détaillée des dynamiques relationnelles à l'œuvre. D'autre part, bien que des précautions aient été prises afin de valider, clarifier et comparer les propos des participantes, il est possible que des biais de désirabilité sociale et de rappel relatif aux expériences passées aient influencé le déroulement des entrevues.

CONCLUSION

Il s'agit à notre connaissance de la première étude explorant la mise en œuvre de l'obligation de signalement aux SPE par les infirmières de soins primaires. Ces résultats permettent de mieux comprendre les usages cliniques du droit par ces dernières lorsqu'elles sont confrontées à des situations préoccupantes à l'égard du bien-être des enfants. Cette étude décrit plusieurs composantes du rôle et de la démarche clinique associée à la prévention de la maltraitance auprès des enfants, que ce soit en amont ou en aval du signalement aux SPE. De plus amples recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre les caractéristiques du travail d'investigation médico-légale et les conditions d'exercice du pouvoir discrétionnaire attribué aux professionnels de la santé, dont aux infirmières, dans la mise en œuvre des politiques publiques visant la protection de l'enfance.

Contribution des auteurs : PPL a conçu l'étude et participé ou supervisé la collecte des données. PPL, GO, EB, EPG et NS ont participé à l'analyse et l'interprétation des données. PPL et GO ont organisé l'article et rédigé la première ébauche de ce manuscrit. EB, EPG et NS ont apporté une contribution significative à la révision et à la rédaction de l'ébauche finale de ce manuscrit. Tous les auteurs ont révisé et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements : Les auteurs remercient Mélyna Désy-Bédard pour son soutien lors de la période de collecte des données, ainsi que toutes les participantes ayant participé à cette étude.

Sources de financements : Les auteurs remercient le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour son soutien financier à la réalisation de cette étude.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Reçu/Received: 18 Mar 2022 **Publié/Published:** Juin 2022

NOTE

L'usage du masculin ou du féminin est utilisé uniquement pour ne pas alourdir la lecture.

RÉFÉRENCES

Bernheim, E. (2017). Sur la réforme des mères déviantes : les représentations de la maternité dans la jurisprudence de la Chambre de la jeunesse, entre différenciation et responsabilité. *Revue générale de droit, 47*, 45-75.

Blanken, M., Mathijssen, J., van Nieuwenhuizen, C., Raab, J., & van Oers, H. (2022). Intersectoral collaboration at a decentralized level: information flows in child welfare and healthcare networks. *BMC Health Services Research, 22*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07810-z

Buffat, A. (2016). La bureaucratie de guichet ou les défis des contacts avec les usagers du service public. Dans D. Giauque et Y. Emery (dir). *L'acteur et la bureaucratie au XXIe siècle* (p. 141-167). Presses de l'Université Laval.

Clarke, A. E., Friese, C. et Washburn, R. S. (2017). *Situational analysis: Grounded theory after the interpretive turn.* SAGE Publications.

Clarke, A. E., Friese, C. et Washburn, R. (2015). *Situational analysis in practice: Mapping research with grounded theory.* Routledge.

Child Welfare Information Gateway. (2019). *Mandatory Reporters of Child Abuse and Neglect: State status*. https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/manda.pdf

Clément, M.E., Gagné, M.H. et Hélie, S. (2018). La violence et la maltraitance envers les enfants. Dans J. Laforest, P. Maurice et M. Bouchard (dir.). *Rapport québécois sur la violence et la santé.* Montréal : Institut national de santé publique du Québec (p. 26-62). Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2011). Profilage racial et discrimination systémique des jeunes racisés. https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/publications/Profilage_rapport_FR.pdf

Corbin, J. M. et Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology, 13*(1), 3-21.

Cowley, L. E., Maguire, S., Farewell, D. M., Quinn-Scoggins, H. D., Flynn, M. O. et Kemp, A. M. (2018). Factors influencing child protection professionals' decision-making and multidisciplinary collaboration in suspected abusive head trauma cases: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect, 82*, 178-191. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.06.009

Damashek, A., Morgan, E. C., Corlis, M. et Richardson, H. (2018). Primary and secondary prevention of child maltreatment. Dans J. N. Butcher et P. C. Kendall (dir.), *APA handbook of psychopathology: Child and adolescent psychopathology* (p. 55–77). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000065-004

Dilé, N. (2022). Protection de l'enfance, un doux glissement vers la surveillance. *Vie sociale et traitements, 154*(2), 63-67. https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3917/vst.154.0063

Donzelot, J. (2005). *La police des familles.* Éditions de Minuit.

Foucault, M. (1994). *Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir* (2e éd.). Gallimard.

Foucault, M. (1999). *Les anormaux : Cours au Collège de France 1974-1975*. Seuil.

Gagnon-Dion, M. H., Rivard, J., & Bellot, C. (2018). L'expérience des jeunes autochtones pris en charge par la protection de la jeunesse: entre déracinement et émancipation. *Service social, 64*(1), 79-102. https://doi.org/10.7202/1055892ar

Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives, 24*(1), 3-17.

Gordon, K. (2019). Good intentions, questionable results: The shortcomings of mandated reporting for child maltreatment. *Western Journal of Legal Studies, 9*(1), 1-21. https://doi.org/10.5206/uwojls.v9i1.6826

Gouvernement du Québec. (2022). *Loi sur la protection de la jeunesse.* https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-34.1

Green, M. (2020). Nurses' adherence to mandated reporting of suspected cases of child abuse. *Journal of Pediatric Nursing, 54*, 109-113. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.007

Hammond, K. R. (1996). *Human judgment and social policy: Irreducible uncertainty, inevitable error, unavoidable injustice.* Oxford University Press.

Harding, L., Davison-Fischer, J., Bekaert, S. et Appleton, J. V. (2019). The role of the school nurse in protecting children and young people from maltreatment: An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies, 92*, 60-72. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.017

Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E. et Smith, J. (2014). Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care, 28*(1), e1-e7. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.06.004

Jones Harden, B., Simons, C., Johnson-Motoyama, M. et Barth, R. (2020). The child maltreatment prevention landscape: Where are we now, and where should we go?. *The annals of the American Academy of Political and Social Science, 692*(1), 97-118. https://doi.org/10.1177%2F0002716220978361

Keenan, H. T., Cook, L. J., Olson, L. M., Bardsley, T. et Campbell, K. A. (2017). Social intuition and social information in physical child abuse evaluation and diagnosis. *Pediatrics, 140*(5), e20171188. https://doi.org/10.1542/peds.2017-1188

Kuruppu, J., McKibbin, G., Humphreys, C. et Hegarty, K. (2020). Tipping the scales: factors influencing the decision to report child maltreatment in primary care. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(3), 427-438. https://doi.org/10.1177%2F1524838020915581

Lascoumes, P. (1993). Effectivité. Dans A.J. Arnaud (dir.), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit* (p. 217). LGDJ.

Lebrun, P. B., Rabin, G. et Derville, G. (2020). *La protection de l'enfance.* Dunod.

Lines, L. E., Hutton, A. E. et Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing, 73*(2), 302-322. https://doi.org/10.1111/jan.13101

Lines, L., Grant, J. et Hutton, A. (2018). How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A scoping review. *Journal of Pediatric Nursing, 43*, e75-e84. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010

Lines, L. E., Hutton, A. et Grant, J. M. (2021). Constructing a compelling case: nurses' experiences of communicating abuse and neglect. *Child Abuse Review, 30*(4), 332-346. https://doi.org/10.1002/car.2697

Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services.* Russell Sage Foundation.

Maynard, R. (2018). NoirEs sous surveillance. Esclavage, répression et violence d'État au Canada. Mémoire d'encrier.

Munro, E. (2019). Decision-making under uncertainty in child protection: Creating a just and learning culture. *Child & Family Social Work, 24*(1), 123-130. https://doi.org/10.1111/cfs.12589

Najdowski, C. J. et Bernstein, K. M. (2018). Race, social class, and child abuse: Content and strength of medical professionals' stereotypes. *Child Abuse & Neglect, 86*, 217-222. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.006

Nouman, H., Alfandari, R., Enosh, G., Dolev, L. et Daskal-Weichhendler, H. (2020). Mandatory reporting between legal requirements and personal interpretations: Community healthcare professionals' reporting of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 101*, 104261. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104261

McTavish, J.R., Kimber, M., Devries, K., Colombini, M., MacGregor, J. C., Wathen, C.N., Agarwal, A. et MacMillan, H.L. (2017). Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open, 7*(10), e013942. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013942

Pariseau-Legault, P. (2022). *Child abuse and child protection: A socio-legal analysis of the role and experiences of frontline nurses*. https://osf.io/k4f6s/

Rebbe, R. (2018). What is neglect? State legal definitions in the United States. *Child Maltreatment, 23*(3), 303-315.

Schütz, A. 1970). *Reflections on the Problem of Relevance.* Yale University Press.

Serre, D. (2001). La « judiciarisation » en actes. *Actes de la recherche en sciences sociales, 1*(136-137), 70-82. https://doi.org/10.3406/arss.2001.2712

Tung, G. J., Williams, V. N., Ayele, R., Shimasaki, S., & Olds, D. (2019). Characteristics of effective collaboration: A study of Nurse-Family Partnership and child welfare. *Child Abuse & Neglect, 95*, 104028. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104028