

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Orientations sur l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux

À l'intention des établissements du réseau de la
santé et des services sociaux

ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-98537-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2024

Rédaction principale

Direction générale adjointe des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Kim Dionne, conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique – volet enfance et adolescence

Marie-Ève Martel, conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique – volet enfance et adolescence

Direction santé mère-enfant

Martine Vézina, conseillère aux trajectoires de première ligne en pédiatrie et périnatalité

Direction des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille

Julie Desjardins, conseillère aux programmes jeunesse,

Collaboration

Direction générale adjointe des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Julie Godin, conseillère aux programmes et chargée de projet au programme Agir tôt, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique – volet enfance et adolescence

Johanne Provencher, chef de projet – programme Agir tôt, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique – volet enfance et adolescence

Direction des services en santé mentale – volet jeunesse

Marie-Josée Boutot, conseillère aux programmes

Direction santé mère-enfant

Renell Nadeau, conseillère en pédiatrie, néonatalogie et aides techniques,

Direction

Direction des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille,

Annie Cotton, directrice,

Direction santé mère-enfant

Sabrina Fortin, directrice

Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

Anne-Marie Langlois, directrice

Direction générale adjointe des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Richard Penney, directeur général adjoint

Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique – volet enfance et adolescence

Stéphane Shaink, directeur

Direction santé mentale jeunesse - volet jeunesse

Pascale-Andrée Vallières, directrice

Révision linguistique

Grazuela Ramassamy

Remerciements

Nous remercions tous les membres du comité consultatif, des associations médicales, de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme et tous les gestionnaires et médecins des établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ont participé à la démarche de consultation. Vos commentaires sont inestimables et ont apporté de précieuses réflexions pour l'organisation des services en regard de la trajectoire d'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants.

Table des matières

Liste des tableaux.....	I
Liste des figures.....	I
Liste des sigles et acronymes	II
Note importante	III
1. Mise en contexte.....	1
2. Objectifs.....	2
3. Principes directeurs	2
3.1.L'évaluation diagnostique : un moyen de mieux répondre aux besoins des enfants	2
3.2.L'enfant au cœur des services : la continuité et le travail collaboratif	2
3.3.La primauté des services de proximité	3
3.4.Le partenariat avec les parents	3
3.5.La sécurisation culturelle.....	3
4. Trajectoire pour l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux	4
5. Modalités de réalisation	6
6. Activités réalisées lors de l'évaluation diagnostique	6
6.1 Pré-évaluation.....	7
6.1.1 La demande de services	7
6.1.2 Le dépistage	7
6.1.3 L'intervention.....	8
6.2 Évaluation	8
6.2.1 Planification de l'évaluation diagnostique	9
6.2.2 La collaboration interprofessionnelle	10
6.2.3 Les professionnels pouvant émettre un diagnostic ou une conclusion clinique.....	11
6.2.4 L'annonce du diagnostic ou de la conclusion clinique aux parents	15
6.2.5 Le suivi auprès des partenaires qui offrent des services à l'enfant et à la famille	15
6.3 Post-diagnostic	15
6.3.1 L'ajustement de l'offre de services et accompagnement de la famille.....	15
7. Conclusion	16
Bibliographie	17
Annexe 1 : Définitions	19
Annexe 2 : Les troubles neurodéveloppementaux.....	22
Annexe 3 : Responsabilités des différentes parties prenantes impliquées dans l'évaluation diagnostique	23

Tableau 2 : Rôles et responsabilités des différentes parties prenantes dans l'évaluation diagnostique chez l'enfant.....	23
Annexe 4 : Niveaux de soins en pédiatrie	25

Liste des tableaux

Tableau 1 : Classification des troubles neurodéveloppementaux selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 [APA, 2015])

Tableau 2 : Rôles et responsabilités des différentes parties prenantes dans l'évaluation diagnostique chez l'enfant

Liste des figures

Figure 1 : Trajectoire pour l'évaluation diagnostique des TND

Figure 2 : Phase de pré-évaluation des TND

Figure 3 : Phase d'évaluation des TND

Figure 4 : Trajectoire de consultation médicale

Liste des sigles et acronymes

CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS/CIUSSS	Centre intégré de santé et de services sociaux/Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
DI	Déficiência intellectuelle
DDPDITSA	Direction en Déficiencia physique, déficiencia intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)
DSPJDF	Direction des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille
DP	Déficiência physique
DSM-5	5 ^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ÉRSSS	Établissement du réseau de la santé et des services sociaux
GAP	Guichet d'accès en première ligne
GMF	Groupe de médecine familiale
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
IPSSP	Infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques
JED	Jeunes en difficulté
MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PNI	Premières Nations et Inuit
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RUISSS	Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux
SGEE	Service de garde éducatif à l'enfance
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TND	Troubles neurodéveloppementaux

Nous vous invitons à consulter quelques définitions à l'annexe 1.

Note importante

Dans ce document :

- La désignation 0-7 ans est privilégiée; cette tranche d'âge réfère aux enfants âgés entre *0 et 6 ans et 364 jours*.

1. Mise en contexte

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a élaboré les présentes orientations sur l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux (TND), qui font partie des services associés au programme Agir tôt, dans l'intention d'harmoniser les services, d'en faciliter l'accès aux enfants et aux familles et ainsi diminuer les iniquités sectorielles et territoriales. Les orientations visent les TND, particulièrement chez les enfants de 0 à 7 ans. Les TND sont définis comme étant des troubles d'origine neurologique affectant les sphères du développement (motricité, langage, cognition, communication, interactions sociales, etc.) à différents degrés, allant d'une altération spécifique jusqu'à une altération plus globale^{1, 2}.

Afin d'appuyer ses travaux sur les meilleures pratiques, le MSSS a sollicité la contribution de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), dans le but de soutenir sa réflexion. L'INESSS a produit l'« *État des pratiques – Trajectoires de services menant à l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants de la naissance à sept ans* » en documentant l'organisation actuelle des services, les enjeux rencontrés et les éléments incontournables d'une trajectoire-modèle. Puis, les chercheuses Claudine Jacques et Mélina Rivard³ ont produit un rapport de recherche intitulé « [Développement d'un modèle logique de trajectoire de services en évaluation diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 7 ans chez qui l'on soupçonne un trouble neurodéveloppemental](#) ». Ces travaux constituent donc le point d'ancrage sur lequel le MSSS s'est appuyé afin d'élaborer les présentes orientations pour l'évaluation diagnostique des TND.

Enfin, ce document s'inscrit en continuité avec d'autres orientations ministérielles du MSSS, dont le Cadre de référence du Programme Agir tôt, la Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, le cadre de référence Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité et le document sur les niveaux de soins en pédiatrie. La présente trajectoire pour l'évaluation diagnostique des TND, qui s'inscrit dans la trajectoire de services associés au programme Agir tôt élaborée par le MSSS, permettra d'assurer que l'évaluation diagnostique, lorsque requise, se réalise dans une perspective de proximité et de continuité dans une trajectoire de services intégrés pour l'enfant et sa famille.

¹ Office québécois de la langue française (OQLF) (2020). *Fiche terminologique – Trouble neurodéveloppemental* [site Web]. Montréal, Qc.

² Nous vous invitons à consulter l'annexe 2 pour la classification des troubles neurodéveloppementaux selon le DSM-5.

³ La professeure Claudine Jacques a été mandatée sur le comité de travail à titre de représentante de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (IU DI-TSA) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La professeure Mélina Rivard a été mandatée sur le comité de travail à titre de représentante du Centre de recherche de l'IUSMM du CIUSSS de l'Est-de-l'Île de Montréal. Elle est également chercheuse affiliée à l'IU DI-TSA du CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

2. Objectifs

1. Définir les orientations en matière d'évaluation diagnostique des TND sur lesquelles les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pourront s'appuyer pour les enfants âgés de 0 à 6 ans et 364 jours.
2. Définir les rôles et les responsabilités des différents acteurs impliqués dans l'évaluation diagnostique des TND, dans le respect du champ de pratique, des obligations déontologiques ainsi que des missions et des niveaux de soins des établissements.
3. Harmoniser les pratiques en évaluation diagnostique dans l'ensemble de la province.
4. Favoriser l'accessibilité, la proximité, la continuité et la qualité des services offerts dans le cadre de l'évaluation diagnostique des TND.

3. Principes directeurs

3.1. L'évaluation diagnostique : un moyen de mieux répondre aux besoins des enfants

Longtemps perçue comme un incontournable afin d'accéder aux services d'intervention, l'évaluation diagnostique ne doit pas être considérée comme une fin en soi, mais plutôt comme un moyen permettant de mieux comprendre l'enfant afin de pouvoir lui offrir des interventions conformes à ses besoins. Dans cette perspective, **l'évaluation diagnostique devrait être réalisée lorsque requise en temps opportun**, soit quand les données cliniques sont en quantité suffisante pour émettre un diagnostic avec le plus d'exactitude possible. **L'évaluation des besoins de l'enfant et de sa famille ainsi que les interventions qui en découlent doivent être priorisées en tout temps**. Les services offerts, dont l'intervention, doivent être offerts même en l'absence d'un diagnostic afin de répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille.

3.2. L'enfant au cœur des services : la continuité et le travail collaboratif

L'enfant doit être le noyau vers lequel gravitent les différents professionnels et non l'inverse. Pour assurer la continuité des services, limiter les délais d'attente et le dédoublement des actions, les **membres de l'équipe Agir tôt impliqués auprès d'un enfant, sont appelés à contribuer au processus d'évaluation diagnostique** en mettant en commun les informations qu'ils détiennent concernant le profil et l'évolution de l'enfant. Selon les besoins d'accompagnement de la famille et les besoins de l'enfant, un intervenant de référence ou un intervenant pivot peut accompagner et soutenir les parents au cours de cette trajectoire.

Ce travail collaboratif contribue à faire des gains d'efficacité dans l'évaluation et l'intervention, tout en offrant à la famille une expérience positive des services reçus. L'apport des différents partenaires gravitant autour de l'enfant et de sa famille est tout aussi important. Plusieurs partenaires internes (ex. : programmes-services Jeunes en difficulté [JED], Santé mentale, DP-DI-TSA, Centre hospitalier [CH] et Centre hospitalier universitaire [CHU] pédiatriques, etc.) et externes (Service de garde éducatif à l'enfance [SGEE], écoles, Groupe de médecine familiale [GMF], Centres de pédiatrie sociale en communauté, organismes communautaires famille [OCF], cliniques professionnelles en pratique privée, etc.) sont impliqués dans la dispensation des services aux enfants et à leur famille. Il est donc essentiel que des **mécanismes de**

collaboration auprès de ces partenaires soient mis en place et révisés régulièrement afin d'assurer une fluidité et limiter les impacts des changements pour les familles, comme il est **préconisé** dans le cadre des services associés au programme Agir tôt.

3.3. La primauté des services de proximité

Les services de proximité représentent un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social)⁴. L'évaluation diagnostique se doit d'être réalisée le plus en proximité possible, c'est-à-dire en **offrant les services le plus près des milieux de vie de l'utilisateur et en s'appuyant sur une approche personnalisée**, qui prend en compte les besoins de l'utilisateur plutôt que son possible diagnostic

3.4. Le partenariat avec les parents

Il est essentiel que **les parents jouent un rôle actif** tout au long de la trajectoire d'évaluation diagnostique. La priorité des actions et services proposés doit aussi être en lien avec les préoccupations énoncées par les parents et les besoins observés chez l'enfant. Dans cette perspective, les parents agissent comme membres à part entière de l'équipe. Ils doivent être informés de la situation de leur enfant, du processus clinique et des services offerts. De plus, leur consentement doit être obtenu pour chaque nouveau service proposé en lien avec le dépistage, l'intervention ou l'évaluation⁵. Il importe également de tenir compte de la dimension culturelle dans les actions envisagées. Considérant le stress et les préoccupations que peut générer la réalisation d'une évaluation diagnostique chez les parents, il est essentiel de porter une attention particulière à l'accompagnement qui leur sera offert, notamment par un intervenant psychosocial ou pivot. **Des interventions conjointes avec les partenaires internes et externes permettent de s'ajuster à la diversité des familles**, entre autres, celles ayant des réalités socio-économiques et ethnoculturelles particulières, ou celles issues des communautés autochtones (ex. : soutien pour remplir certains questionnaires et accès à un interprète lorsque requis).

3.5. La sécurisation culturelle

Il s'avère également essentiel de promouvoir la sécurisation culturelle des soins et des services dans le cadre de la trajectoire d'évaluation diagnostique des TND à l'intention des enfants des Premières Nations et Inuit (PNI). La sécurisation culturelle consiste à rétablir et à soutenir l'équité pour les Autochtones. Elle reconnaît la présence des iniquités et cherche à combler ces écarts par des pratiques pertinentes⁶. **Les intervenants** impliqués dans la trajectoire d'évaluation

⁴ MSSS. (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Cadre de référence*. Gouvernement du Québec, p. 3.

⁵ Hérault, E., Rivard, M., Jacques, C., Abouzeid, N., Saulnier, G. (Décembre 2022). *Développement d'un modèle logique de trajectoire de services en évaluation diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 7 ans chez qui l'on soupçonne un trouble neurodéveloppemental. Rapport de recherche*. Montréal : Laboratoire Épaulard (Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal). Gatineau : Laboratoire Ludica (Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais), p. 128.

⁶ MSSS. (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux – Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuits*, Édition mars 2021.

diagnostique des TND **doivent être sensibilisés aux réalités autochtones, et le soutien des familles par des personnes désignées dans la communauté de référence doit être favorisé**, lorsque possible.

Le choix des outils utilisés est important afin de ne pas porter préjudice aux enfants présentant des différences linguistiques et culturelles. Pour faciliter la communication et la compréhension de la famille quant aux forces et difficultés rencontrées par l'enfant, puis pour cibler les enjeux pouvant être liés aux différences de certaines croyances, il peut être pertinent de consulter un navigateur ou interprète (culturel) disponible dans certaines régions.

4. Trajectoire pour l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux

En positionnant les orientations attendues, le MSSS vise à harmoniser les pratiques au sein de l'ensemble des régions du Québec, tout en laissant une certaine souplesse aux établissements en fonction de leurs réalités propres. Une trajectoire de référence est une trajectoire théorique, basée sur les meilleures pratiques nationales et internationales, qui permet d'illustrer le parcours souhaité pour l'utilisateur⁷, tel que présenté dans ce document. Il s'agit d'une trajectoire sur laquelle les établissements peuvent s'appuyer pour élaborer leur propre trajectoire organisationnelle, adaptée à leur réalité. Cette trajectoire est représentée ci-dessous.

⁷ CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (2019). *La gestion par trajectoire de soins et de services. Guide théorique et pratique*, p. 21.

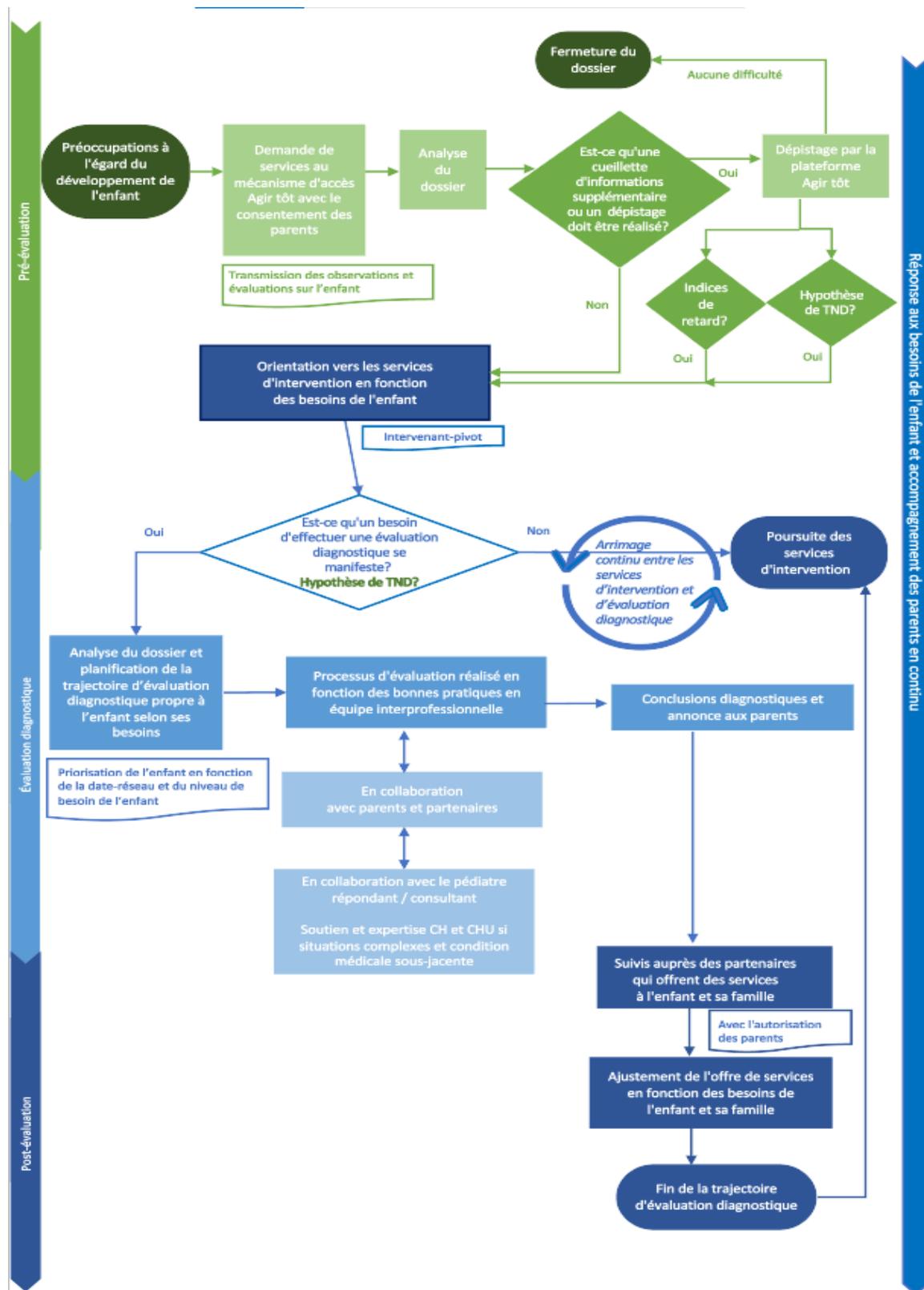


Figure 1 : Trajectoire pour l'évaluation diagnostique des TND

5. Modalités de réalisation

Afin d'obtenir le portrait le plus juste de l'enfant, il peut être nécessaire que cette évaluation s'effectue dans divers contextes. **L'observation de l'enfant dans ses différents milieux de vie** (ex. : au domicile, à l'école, en SGEE, au sein des OCF, etc.) au cours de la trajectoire de services, dont l'évaluation diagnostique, constitue un incontournable pour améliorer la qualité des informations recueillies.

Le recours à la télésanté est encouragé en considérant qu'il s'agit d'une modalité permettant de faciliter les observations dans différents milieux et de rejoindre plus facilement les familles en régions éloignées par les professionnels de la santé⁸. Cela peut se faire par plusieurs moyens (ex. : entretien par téléphone ou vidéoconférence, partage d'enregistrements audios et vidéos de l'enfant dans des contextes précis). **La télésanté permet également de faciliter les communications interprofessionnelles**⁹. Malgré l'aspect pratique et utile de la télésanté, celle-ci ne peut pas remplacer complètement des observations en temps réel et en présence. Ainsi, elle permet de compléter toutes les étapes du processus d'évaluation, mais elle ne peut pas les substituer.

En effet, **une partie du processus d'évaluation doit souvent être réalisée dans un établissement de la santé**, notamment lors de l'utilisation d'outils standardisés nécessitant d'observer l'enfant dans un environnement contrôlé. L'amalgame de ces modalités est garant d'un processus d'évaluation de qualité, représentant avec finesse le fonctionnement réel de l'enfant, ce qui permet à l'équipe de mieux positionner les conclusions cliniques, en tenant compte de la réalité de la famille et des contraintes propres à la situation de l'enfant ou de la répartition des ressources sur le territoire.

6. Activités réalisées lors de l'évaluation diagnostique

La section qui suit présente en détail le contenu de chacune des activités qui se déroulent généralement dans une trajectoire d'évaluation diagnostique¹⁰. Le travail en partenariat avec les parents constitue un principe directeur et se doit d'être actualisé tout au long de la trajectoire.

⁸ INESSS. (2021). *Trajectoires de services menant à l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants de la naissance à sept ans. État des pratiques* rédigé par Milaine Alarie, El Kebir Ghandour et Mélanie Ruest, Québec, p. 74.

⁹ Réseau québécois de la télésanté, Québec.

¹⁰ Cette section a été grandement inspirée du rapport de Hérault, E., Rivard, M., Jacques, C., Abouzeid, N., Saulnier, G. Parut en 2022, ce rapport est intitulé *Développement d'un modèle logique de trajectoire de services en évaluation diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 7 ans chez qui l'on soupçonne un trouble neurodéveloppemental*. Il présente en détail les bonnes pratiques liées aux activités exposées dans cette section. Les gestionnaires et intervenants travaillant au sein de la trajectoire d'évaluation diagnostique des TND sont invités à s'y référer.

6.1 Pré-évaluation

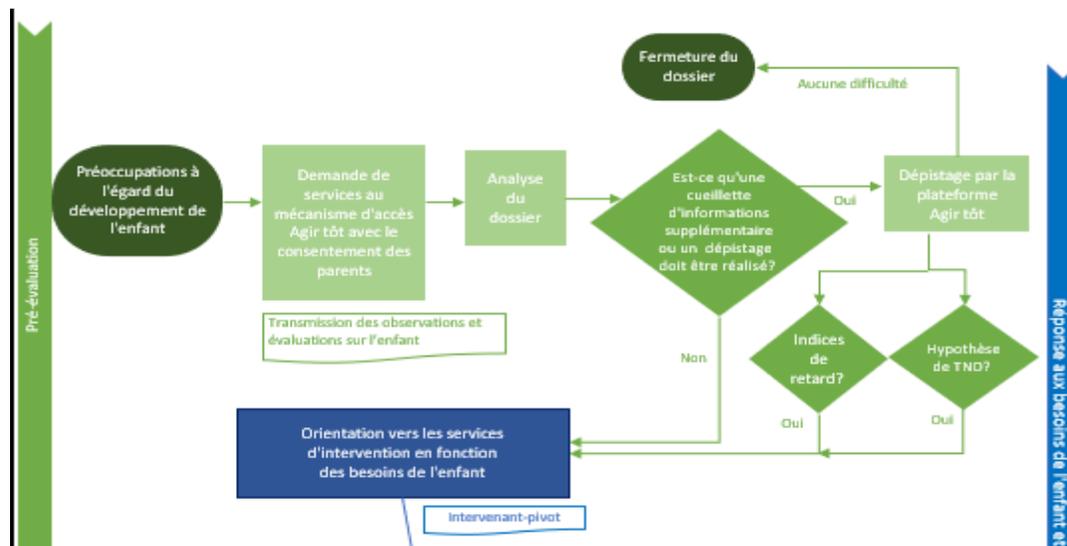


Figure 2 : Phase de pré-évaluation des TND

6.1.1 La demande de services

Lorsque des préoccupations sont soulevées quant au développement de l'enfant, une demande de services peut être effectuée auprès de l'établissement par le parent ou tout autre partenaire observant des besoins chez l'enfant et sa famille, avec le consentement des parents, en prenant soin de transmettre toute observation ou évaluation antérieure (ex. : portrait périodique en SGEE, évaluations professionnelles, etc.). Cette demande doit être acheminée au mécanisme d'accès Agir tôt ciblé par l'établissement. Elle sera, ensuite, analysée par les professionnels du guichet d'accès en vue d'offrir à l'enfant les services les plus adaptés à ses besoins. Précisons qu'**il n'est pas nécessaire d'avoir une recommandation médicale afin qu'un enfant puisse obtenir des services d'intervention et d'évaluation diagnostique.**

6.1.2 Le dépistage

Durant l'analyse des besoins, un dépistage peut être recommandé. Le dépistage est défini comme l'utilisation d'outils standardisés pour préciser la probabilité de présenter un problème de développement ou identifier des sphères du développement où les habiletés de l'enfant présentent un indice de retard en comparaison avec des normes établies¹¹. Si le dépistage a été réalisé et que des services sont requis, les résultats obtenus au dépistage constitueront une source d'informations importantes à considérer par les professionnels qui interviennent auprès de l'enfant et de sa famille et qui réaliseront l'évaluation diagnostique, si requise. Mentionnons **que le dépistage n'est pas une étape obligatoire pour obtenir des services.** Une cueillette

¹¹ Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. *Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening.* Pediatrics 2006;118(1):405-20.

d'informations supplémentaire peut être réalisée pour compléter l'analyse des besoins de l'enfant et de sa famille.

6.1.3 L'intervention

Considérant que chaque enfant se développe à son propre rythme et que la petite enfance est une période riche en opportunités d'apprentissages grâce à la plasticité neuronale du cerveau, il est primordial d'intervenir rapidement auprès des enfants présentant des indices ou des retards de développement. Pour plusieurs enfants présentant un retard de développement, recevoir la stimulation précoce nécessaire permettra de rattraper le retard. **Les services d'intervention doivent répondre précisément aux besoins de l'enfant et de sa famille, sans qu'un diagnostic soit nécessaire.** Lors de l'intervention, les parents et les intervenants pourront poser un regard attentif sur les besoins de l'enfant, sur l'évolution de ceux-ci et sur la réponse de l'enfant quant à l'intervention qui lui est offerte. **Les services d'intervention se poursuivent également lors de l'évaluation diagnostique et après, selon les besoins de l'enfant et de sa famille.**

6.2 Évaluation

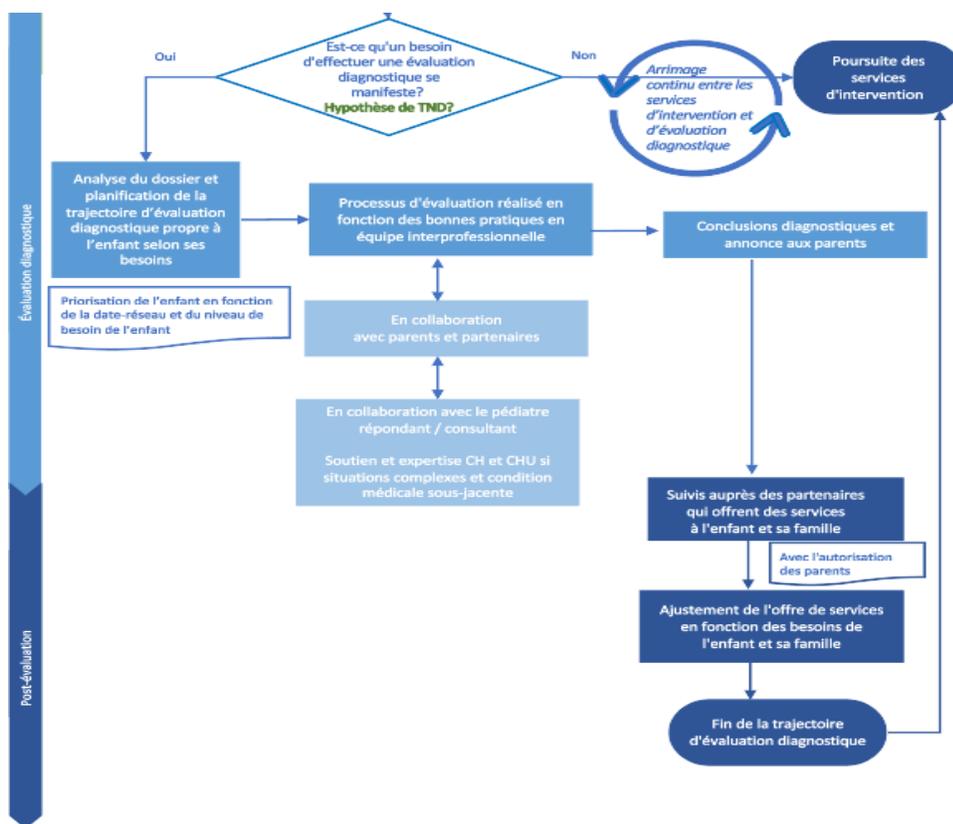


Figure 3 : Phase d'évaluation des TND

Une évaluation diagnostique peut s'avérer nécessaire dans certains contextes, notamment lorsque ¹²:

- l'enfant démontre une réponse limitée à l'intervention et que ses difficultés persistent malgré le soutien offert;
- l'apparition de nouveaux signes ou symptômes est observée lors de l'intervention;
- une hypothèse que les difficultés vécues par l'enfant soient expliquées par un TND est formulée;
- l'enfant présente une problématique développementale complexe et/ou atypique;
- la famille manifeste un besoin de mieux comprendre le fonctionnement de son enfant, ce qui lui permet ainsi de mieux s'adapter à ses besoins, et il y a pertinence clinique de procéder;
- les intervenants impliqués auprès de l'enfant ont besoin de mieux comprendre le profil de l'enfant afin d'ajuster davantage l'intervention.

6.2.1 Planification de l'évaluation diagnostique

Comme chaque enfant a des besoins uniques, chaque trajectoire d'évaluation diagnostique sera différente. Il importe donc de la planifier avec soin. L'évaluation diagnostique s'inscrit dans le continuum des services associés au programme Agir tôt. Ainsi, **elle se greffera aux services déjà existants**, c'est-à-dire que l'enfant ne sera pas orienté vers une équipe externe au programme Agir tôt, qu'il soit soutenu par l'équipe en services spécifiques ou spécialisés. Au besoin, la famille sera accompagnée et soutenue par l'intervenant pivot durant le processus. Il est également important de s'assurer que l'évaluation est réalisée au moment opportun afin d'éviter de poser un diagnostic trop hâtif à l'enfant. La priorisation de l'évaluation diagnostique pour l'utilisateur sera réalisée en fonction de la date réseau et du niveau de besoins de l'enfant.

Le professionnel ayant le rôle de coordonner la trajectoire d'évaluation diagnostique exerce une fonction clé lors de cette étape :

- il reçoit les demandes d'évaluation diagnostique, consulte et analyse le dossier de l'enfant afin de pouvoir établir la trajectoire qui lui sera assignée selon ses besoins;
- il réalise les contacts requis avec l'équipe médicale, dont le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) de l'enfant, ainsi qu'avec le pédiatre répondant au besoin. Cette étape s'avère nécessaire afin de pouvoir bien orchestrer la poursuite de la trajectoire permettant de soutenir les besoins d'évaluations diagnostiques primaires. Pour les enfants sans médecin de famille, il est recommandé que les établissements prévoient des mécanismes d'arrimage entre les guichets d'accès menant aux trajectoires de services et les guichets d'accès première ligne (GAP) en vue de favoriser l'attribution d'un médecin de famille ou d'une IPS pour accélérer leur prise en charge¹³;

¹² INESSS. (2021). *Trajectoires de services menant à l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants de la naissance à sept ans*. État des pratiques rédigé par Milaine Alarie, El Kebir Ghandour et Mélanie Ruest, Québec, 103, p. Voir les Annexes complémentaires page 21.

¹³ INESSS. (2021). *Trajectoires de services menant à l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants de la naissance à sept ans*. État des pratiques rédigé par Milaine Alarie, El Kebir Ghandour et Mélanie Ruest, Québec.

- il détermine les intervenants qui seront impliqués lors de l'évaluation diagnostique de l'enfant. Différents professionnels peuvent y contribuer, qu'ils s'agissent de psychoéducateurs, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de physiothérapeutes, de travailleurs sociaux, de psychologues, etc.;
- il fait le lien avec l'intervenant pivot (s'il y a lieu) pour assurer la fluidité des services.

Au sein des établissements du RSSS, les coordonnateurs professionnels, les spécialistes en activité clinique ainsi que les infirmières jouent généralement ce rôle.

L'intervenant pivot joue un rôle clé afin d'accompagner la famille :

- il a le rôle d'accompagner et de soutenir les parents tout au long de la trajectoire de services, dont l'évaluation diagnostique;
- il permet de soutenir la fluidité des services et d'assurer une continuité relationnelle avec l'enfant et sa famille;
- il accompagne, informe, conseille les parents et les intègre aux décisions qui les concernent;
- il collabore avec la personne qui coordonne la trajectoire en fonction des besoins de l'enfant.

Lorsqu'un intervenant pivot est déjà présent dans la vie de l'enfant, c'est ce dernier qui sera impliqué au sein de la trajectoire d'évaluation diagnostique. Selon la situation, un intervenant pivot n'est pas toujours nécessaire. Les établissements de santé et de services sociaux (ÉSSS) sont toutefois invités à s'assurer que la famille de l'enfant peut communiquer avec une personne impliquée dans le parcours de services de l'enfant au besoin.

L'équipe d'intervention contribue activement au processus d'évaluation diagnostique, par exemple en documentant les forces de l'enfant, les défis auxquels il fait face, son fonctionnement général au quotidien dans ses différents milieux de vie, son évolution, les facteurs de risque et de protection, puis en partageant les évaluations réalisées, s'il y a lieu. Des partenaires en provenance d'autres programmes-services peuvent également se joindre à l'équipe en place afin d'apporter une expertise particulière (ex. : un psychologue de l'équipe de santé mentale jeunesse qui collabore dans le cas d'un diagnostic différentiel de trouble anxieux ou les partenaires des SGEE et du réseau scolaire, pour documenter le fonctionnement de l'enfant en contexte de socialisation et/ou d'apprentissages).

6.2.2 La collaboration interprofessionnelle

Cette étape constitue le cœur de la trajectoire d'évaluation diagnostique des TND. Pendant celle-ci, une évaluation globale du développement de l'enfant ainsi qu'une documentation, autant des retards, des atypies développementales, que des forces et des intérêts de l'enfant sont préconisées. « **L'évaluation réalisée en contexte d'interprofessionnalité (c'est-à-dire par plus d'un professionnel et un médecin), qui évite la multiplicité des personnes rencontrées par l'enfant et sa famille et les répétitions sur le plan des informations demandées** », est

considérée comme un facilitateur de la trajectoire d'évaluation diagnostique¹⁴. « L'évaluation diagnostique s'appuie sur :

- des mesures standardisées normatives et des mesures non standardisées ;
- des sources multiples de collecte de données pour documenter le fonctionnement actuel de l'enfant dans ses différents contextes de vie (ex. : maison, SGEE et école) et selon différents répondants (ex. : parents, éducateur, enseignant et intervenant en milieu communautaire);
- la réponse de l'enfant aux différentes modalités de soutien et d'intervention;
- les caractéristiques de la famille et des autres milieux de vie de l'enfant et l'histoire développementale de l'enfant »¹⁵.

Finalement, l'évaluation diagnostique repose sur le jugement clinique de professionnels compétents et de pédiatres ou de porteurs diagnostics pour analyser et trianguler les différentes mesures et sources d'informations¹⁶. Au besoin, en fonction de la complexité de la situation, et en présence d'une condition médicale sous-jacente, le soutien et l'expertise des CH et des CHU peuvent être sollicités.

6.2.3 Les professionnels pouvant émettre un diagnostic ou une conclusion clinique

La *Loi modifiant le Code des professions*¹⁷ est venue définir les champs d'exercice professionnel et préciser les activités réservées dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Dans le cadre des TND, l'évaluation des troubles mentaux et l'activité diagnostique ou la conclusion clinique qui en résultent sont des activités réservées **aux médecins, aux psychologues ou neuropsychologues et aux infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM)**. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins pédiatriques (IPSSP) pourront participer à l'évaluation, même si pour l'instant, elles ne peuvent pas conclure le diagnostic. Du côté des médecins, ce sont principalement les pédiatres ou les pédopsychiatres qui sont mis à contribution. Par ailleurs, certains TND comme les troubles de la communication, du langage ou de la parole, le trouble spécifique des apprentissages et les troubles moteurs peuvent être appréciés par **d'autres professionnels comme les orthophonistes, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes** selon leurs compétences et actes professionnels réservés. Ainsi, l'implication de chacun devrait se réaliser en fonction des besoins des enfants et des ressources disponibles sur le territoire.

Les médecins de famille participent à la démarche d'évaluation diagnostique lorsque l'enfant présente une atteinte dans une sphère de développement. Ils documentent les besoins et activent

¹⁴ Hérault, E., Rivard, M., Jacques, C., Abouzeid, N., Saulnier, G. (2022) *Développement d'un modèle logique de trajectoire de services en évaluation diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 7 ans chez qui l'on soupçonne un trouble neurodéveloppemental*. Rapport de recherche. Montréal : Laboratoire Épaulard (Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal). Gatineau : Laboratoire Ludica (Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais).

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Office des professions du Québec. (2021). Guide explicatif, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Québec, Qc : Gouvernement du Québec.

une recommandation vers les services Agir tôt si l'utilisateur n'est pas encore servi. **Les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)** pourront également soutenir l'évaluation médicale ou diagnostique, selon leur champ d'expertise. Les mécanismes de demandes de consultation par le biais du Centre de répartition des demandes de service (CRDS)¹⁸ demeurent pour les enfants pris en charge en première ligne. Lorsque les professionnels de première ligne ont déjà détecté de potentiels retards de développement, les enfants seront généralement orientés vers la plateforme Agir tôt afin de préciser les observations et de les orienter vers les bons services.

Dans le cadre des services associés au Programme Agir tôt, les services des **pédiatres répondants** sont mobilisés pour faciliter l'accès au diagnostic et soutenir les équipes interdisciplinaires. Le pédiatre répondant est consulté et donne un avis médical en présence ou non de l'enfant et de l'équipe interdisciplinaire qui l'entoure. Lorsque requis, le pédiatre répondant oriente la clientèle vers d'autres consultations spécialisées. À titre d'exemple, lorsqu'une équipe professionnelle a un questionnement quant à l'orientation de l'enfant ou à la pertinence clinique d'obtenir une évaluation diagnostique, elle peut communiquer avec le pédiatre répondant, sur autorisation des parents, afin de lui transmettre les informations aux fins d'un avis médical. Le pédiatre répondant pourra, par la suite, en concertation avec l'équipe professionnelle, émettre des recommandations pour étoffer le suivi de l'enfant. Le pédiatre répondant dans un dossier, pourrait être appelé à devenir le pédiatre consultant pour le même dossier, c'est-à-dire qu'il pourrait contribuer à poser le diagnostic en collaboration avec la famille et l'équipe d'intervention.

Lorsque les soins spécialisés et surspécialisés de pédiatrie ne sont pas disponibles sur le territoire, notamment pour des conditions cliniques rares ou nécessitant une expertise de pointe, les trajectoires de réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) sont mobilisées. L'objectif est de s'assurer que l'enfant peut bénéficier des services d'évaluation diagnostique nécessaires à sa condition, peu importe sa région de provenance.

Les **pédiatres consultants**, quant à eux, poursuivront leurs fonctions d'évaluation diagnostique et de prise en charge des usagers ayant des conditions médicales et développementales plus complexes, dans les CH et les CHU pédiatriques.

De façon générale, le pédiatre consultant ou l'IPSSP (CH niveau 2)¹⁹ reçoit les références pour les enfants présentant une atteinte significative dans un ou deux sphères de développement sans condition ou vulnérabilité médicale. Il peut aussi recevoir les références pour un TSA si tous les critères du DSM-5 sont satisfaits.

¹⁸ *L'accès priorisé aux services spécialisés : Nouveau : une plateforme Web pour la transmission des demandes en consultations spécialisées.* <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/l-acces-priorise-aux-services-specialises/>

¹⁹ Nous vous invitons à consulter l'annexe 4 concernant les niveaux de soins en pédiatrie, pour plus de détails.

Lorsque requis, le pédiatre en clinique spécialisée (CH niveau 2 ou CHU pédiatrique, selon la disponibilité des ressources sur le territoire) reçoit les références lorsqu'un enfant présente une régression de sa situation ou une évolution lente ou atypique. Il reçoit aussi les références pour les atteintes significatives dans deux sphères de développement et plus avec condition ou vulnérabilité médicale, ou lors d'impasse diagnostique de première instance.

Les **pédopsychiatres**, qu'ils exercent en CH ou en CHU, reçoivent quant à eux les références pour lesquelles il y a une présence possible ou confirmée de comorbidité psychiatrique. Lorsque les parents ou la famille présentent de multiples enjeux psychiatriques pouvant avoir une incidence sur l'évolution du TND de l'enfant, ils pourront être dirigés vers les équipes de santé mentale jeunesse de leur région pour obtenir des services et du soutien. Les pédopsychiatres peuvent aussi agir comme consultant ou répondant, notamment pour soutenir la prescription de médicaments ou leur ajustement.

Un plan de services sera élaboré pour prioriser les actions cliniques et les interventions avec l'enfant, les parents et les partenaires. Soulignons que, tout au long de l'évaluation diagnostique, l'enfant et sa famille continueront d'être servis par les équipes de proximité impliquées offrant les services associés au programme Agir tôt.

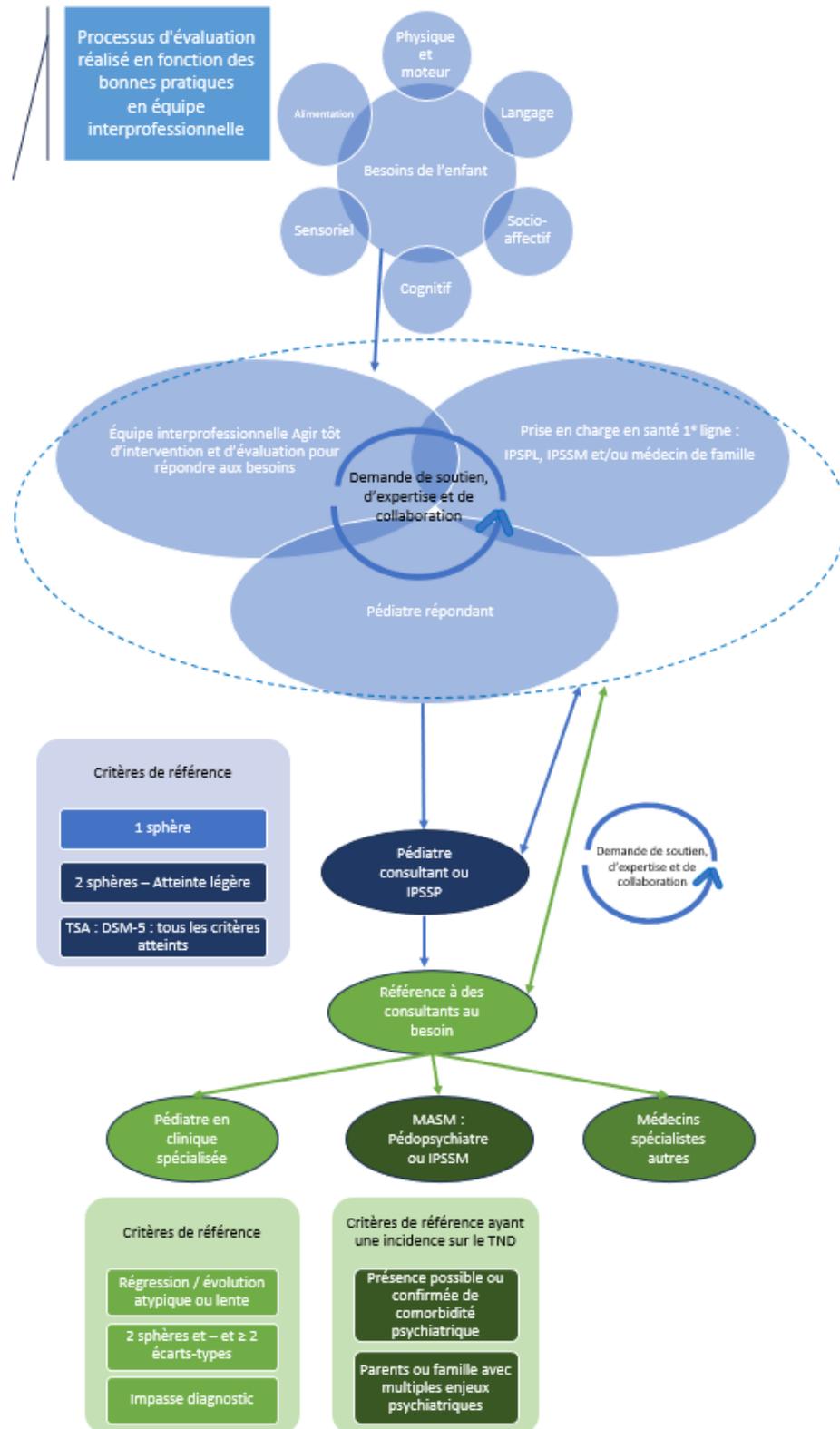


Figure 4 : Trajectoire de consultation médicale

6.2.4 L'annonce du diagnostic ou de la conclusion clinique aux parents

L'étape de l'annonce du diagnostic ou de la conclusion clinique aux parents vise à présenter les conclusions du processus clinique et à répondre aux interrogations des parents²⁰. Il s'agit d'une étape déterminante dans le processus d'adaptation des parents qui doit être considérée avec soin. L'information est transmise par le biais d'un rapport écrit et lors d'une rencontre bilan.

Le rapport présente les évaluations menées par tous les professionnels ainsi que les recommandations en fonction des besoins de l'enfant, de sa famille et de ses milieux de vie²¹. Pour optimiser l'utilisation du temps de chaque intervenant, il est suggéré aux professionnels de mettre en place des stratégies permettant de rédiger les rapports de manière efficace et de limiter les redondances d'informations.

Un bilan est réalisé par une équipe réduite incluant l'intervenant pivot afin de présenter les résultats de façon claire et vulgarisée. Il est recommandé de « consulter les parents avant la rencontre bilan pour déterminer l'accompagnement dont ils auront besoin lors de l'annonce diagnostique et ainsi assurer la mise en place de dispositifs visant à les soutenir, qu'ils soient de nature psychologique ou psychosociale »²².

6.2.5 Le suivi auprès des partenaires qui offrent des services à l'enfant et à la famille

Avec le consentement des parents, un suivi auprès des différents partenaires impliqués auprès de l'enfant et de sa famille peut être offert. Ce suivi consiste à transmettre de façon verbale ou écrite (rapport professionnel) les informations cliniques pertinentes, dont les conclusions et les recommandations nécessaires pour ajuster les interventions et orienter les services. Les informations concernent les besoins de l'enfant et de sa famille, ainsi que des stratégies d'intervention associées sous forme de plan d'intervention²³.

6.3 Post-diagnostic

6.3.1 L'ajustement de l'offre de services et accompagnement de la famille

Les conclusions de l'évaluation diagnostique offrent une fine compréhension de l'enfant et de ses besoins, ce qui permet d'ajuster encore davantage les interventions dont il bénéficie, tout en assurant une continuité avec les services reçus en amont.

²⁰ INESSS. (2021). *Trajectoires de services menant à l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants de la naissance à sept ans*. État des pratiques rédigé par Milaine Alarie, El Kebir Ghandour et Mélanie Ruest. Québec. 103p.

²¹ Héroult, E., Rivard, M., Jacques, C., Abouzeid, N., Saulnier, G. (2022). *Développement d'un modèle logique de trajectoire de services en évaluation diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 7 ans chez qui l'on soupçonne un trouble neurodéveloppemental*. Rapport de recherche. Montréal : Laboratoire Épaillard (Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal). Gatineau : Laboratoire Ludica (Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais).

²² *Ibid.*, p. 122.

²³ *Ibid.*

Des rencontres de suivi post-diagnostique sont à privilégier, selon les besoins manifestés. Ces rencontres:

- permettent aux parents, aux enfants ou à la famille de poser des questions;
 - donnent de l'information adaptée aux besoins des enfants et de la famille (ex. : sur les ressources disponibles dans la communauté, le diagnostic de l'enfant et ses caractéristiques, les stratégies d'intervention que les parents et les dispensateurs peuvent appliquer, les programmes et services spécialisés);
 - soutiennent les parents dans le remplissage des formulaires d'aide financière et matérielle (ex. : allocations gouvernementales, subventions d'organismes à but non lucratif ou de charité);
 - permettent l'accompagnement ou l'orientation de l'enfant et de la famille vers des ressources pour soutenir positivement leur santé mentale²⁴.

7. Conclusion

Le MSSS, soutenu par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, a produit les présentes orientations sur l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux dans le cadre des services associés au programme Agir tôt afin d'en faciliter l'accès aux familles et de clarifier les rôles et responsabilités à chacune des étapes. Les orientations visent particulièrement l'évaluation diagnostique des enfants âgés de 0 à 6 ans et 364 jours qui présentent des indices de troubles neurodéveloppementaux²⁵. Toutefois, ces orientations pourraient également convenir à l'ensemble des usagers âgés de 0 à 18 ans en mettant de l'avant la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de proximité, en demandant du soutien des partenaires internes et externes, et en partageant les expertises au besoin. Les établissements pourront s'appuyer sur ces orientations pour élaborer leur trajectoire organisationnelle et clinique, soit celle adaptée à la réalité de leur région et clientèle, pour améliorer l'accès à des services ajustés aux besoins des enfants et leurs familles.

²⁴ Hérault, E., Rivard, M., Jacques, C., Abouzeid, N., Saulnier, G. (2022). *Développement d'un modèle logique de trajectoire de services en évaluation diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 7 ans chez qui l'on soupçonne un trouble neurodéveloppemental*. Rapport de recherche. Montréal : Laboratoire Épaulard (Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal). Gatineau : Laboratoire Ludica (Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais).

²⁵ Cette trajectoire est largement inspirée du rapport *Développement d'un modèle logique de trajectoire de services en évaluation diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 7 ans chez qui l'on soupçonne un trouble neurodéveloppemental*, de Hérault, E., Rivard, M., Jacques, C., Abouzeid, N., Saulnier, G. Rapport de recherche. Montréal : Laboratoire Épaulard (Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal). Gatineau : Laboratoire Ludica (Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais). Décembre 2022.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). [\[EN LIGNE\]](#)

[Australian National Guideline for ASD Assessment - Draft Version for Community Consultation 0.pdf \(autismcra.com.au\)](#)

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. (2019). *La gestion par trajectoire de soins et de services*. Guide théorique et pratique. [\[EN LIGNE\]](#)

Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec. (2012). *Les troubles du spectre de l'autisme. L'évaluation clinique*. Lignes directrices. [\[EN LIGNE\]](#)

Council on Children with Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006;118(1):405-20

Fragasso, A. (2018). *Approche famille-partenaire : perception des gestionnaires, des intervenants et des parents d'enfants ayant un trouble neurodéveloppemental* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. Fragasso, A., Pomey, M-P. & Careau, E. (2018). *Vers un modèle intégré de l'Approche famille-partenaire auprès des enfants ayant un trouble neurodéveloppemental*. *Enfances et Psy*, 79(3), 118 -129. [\[EN LIGNE\]](#)

Gouvernement du Québec. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* [\[EN LIGNE\]](#)

Héroult, E., Rivard, M., Jacques, C., Abouzeid, N., Saulnier, G. (Décembre 2022). *Développement d'un modèle logique de trajectoire de services en évaluation diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 7 ans chez qui l'on soupçonne un trouble neurodéveloppemental*. Rapport de recherche. Montréal : Laboratoire Épaulard (Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal). Gatineau : Laboratoire Ludica (Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais). [\[EN LIGNE\]](#)

INESSS. (2018). *Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées*. Rapport rédigé par Joëlle Brassard et Brigitte Moreault. Québec, 118 p.

INESSS. (2021). *Trajectoires de services menant à l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants de la naissance à sept ans*. État des pratiques rédigé par Milaine Alarie, El Kebir Ghandour et Mélanie Ruest. Québec, 103 p. [\[EN LIGNE\]](#)

MSSS. (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*. Cadre de référence. Gouvernement du Québec. [\[EN LIGNE\]](#)

MSSS. (2023). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec. Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux*. Gouvernement du Québec [\[EN LIGNE\]](#)

MSSS. (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux – Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit* -Édition mars 2021. [\[EN LIGNE\]](#)

MSSS. (2017). *Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022. Des actions structurantes pour les personnes et leur famille*. Gouvernement du Québec. [\[EN LIGNE\]](#)

MSSS. (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience*. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Gouvernement du Québec [\[EN LIGNE\]](#)

MSSS. (2021). *Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience*. Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Gouvernement du Québec. [\[EN LIGNE\]](#)

MSSS. *L'accès priorisé aux services spécialisés - Nouveau : une plateforme Web pour la transmission des demandes en consultations spécialisées*. [\[EN LIGNE\]](#)

Office des professions du Québec. (2021). Guide explicatif, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Québec, Québec: Gouvernement du Québec [\[EN LIGNE\]](#)

Office québécois de la langue française (OQLF). (2020). Fiche terminologique – Trouble neurodéveloppemental. Montréal, Québec [\[EN LIGNE\]](#)

[Réseau québécois de la télésanté | Québec \(telesantequebec.ca\)](#)

Whitehouse AJO, Evans K, Eapen V, Prior M, Wray J. The diagnostic process for children, adolescents and adults referred for assessment of autism spectrum disorder in Australia: A national guideline (Draft version for community consultation). Autism CRC Ltd, 2017. [\[EN LIGNE\]](#)

Annexe 1 : Définitions

Mission du centre local de santé communautaire (CLSC)

La mission du CLSC est d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.²⁶ À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille sont rejointes, que leurs besoins sont évalués et que les services requis leur sont offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure que ces personnes sont dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2)²⁷.

Les services de première ligne

Les services de première ligne sont un ensemble de services de nature préventive, curative, de réadaptation, palliative ou de soins de fin de vie et de soutien qui s'appuient sur une infrastructure légère, des compétences professionnelles générales et diversifiées ainsi que des techniques courantes d'intervention. Ces services permettent de prévenir, de résoudre ou de réduire la majorité des problèmes sociaux ou de santé courants vécus par l'ensemble de la population et par certaines clientèles vulnérables ou particulières. Les services de première ligne se traduisent par une large gamme de services de santé et de services sociaux répondant à des besoins généraux ou particuliers²⁸.

Les services généraux

Les services généraux s'adressent à toute la population et devraient être la principale entrée dans le système de santé et des services sociaux. Ils répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible. Les services généraux incluent des activités de santé publique qui s'inscrivent dans une approche populationnelle et des activités cliniques et d'aide qui supposent une réponse à des besoins individuels.²⁹

Les services généraux courants

Pour ce qui est des services généraux, les activités cliniques et d'aide offertes en première ligne répondent à l'ensemble des besoins des personnes vivant une situation particulière momentanée ou encore présentant la plupart du temps des problèmes ponctuels ou des problèmes de nature aiguë et réversible. Ces services à caractère universel, communément appelé des services courants, s'adressent à tous y compris les clientèles particulières. Les services généraux

²⁶ MSSS (2023). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Page 42.

²⁷ Glossaire Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux MSSS.

²⁸ MSSS (2004). Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux p. 5

²⁹ *Ibid.*

contribuent principalement à « traiter » la personne ou à stabiliser son état ou à réduire les conséquences. Dans les limites des services généraux, les personnes-ressources accomplissent aussi des actions de prévention et de soutien auprès des personnes qu'ils traitent.³⁰

Les services spécifiques

Les services spécifiques s'adressent à des clientèles vulnérables et à des clientèles particulières. Ils répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé des clientèles vulnérables par des actions concernant précisément ces personnes ou aux besoins souvent complexes, interreliés et concomitants de certaines clientèles particulières. Les services spécifiques incluent des activités de santé publique et des activités cliniques et d'aide.³¹

Les services sociaux généraux³²

Dans l'architecture des services de santé et des services sociaux, les services généraux constituent la porte d'entrée principale du CISSS ou CIUSSS pour l'ensemble de la population. Ainsi, à ce titre, les services sociaux généraux ont la responsabilité de répondre à toute personne qui s'adresse au CSSS pour obtenir une réponse à un besoin social ou psychologique et de l'orienter vers les services appropriés. À cet effet, ils doivent comprendre les services suivants : accueil, analyse, orientation et référence (AAOR).

Par ailleurs, dans l'architecture des services de santé et des services sociaux, les services sociaux généraux ont également la responsabilité de répondre aux personnes qui présentent des problèmes généralement ponctuels ou de courte durée, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible.

À cet effet, les services sociaux généraux doivent comprendre les services suivants :

- consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social);
- intervention de crise dans le milieu 24/7;
- consultation sociale;
- consultation psychologique;
- volet psychosocial en contexte de sécurité civile.

Les services sociaux généraux contribuent également à l'atteinte des objectifs de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale; des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle et de leur plan d'action

³⁰ MSSS (2004). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, p. 5.

³¹ *Ibid.*

³² MSSS (2023). *Offre de services sociaux généraux (programme-services, services généraux, activité clinique et d'aide) – Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, p. 15.

respectif. Pour ces clientèles, les services sociaux généraux doivent s'assurer de l'accessibilité aux services requis, soit en CSSS ou par le biais d'ententes de service ou de collaboration.

Services spécialisés

Les services spécialisés visent à répondre à des besoins résultant de problématiques complexes, mais répandues, exigeant une expertise spécialisée, regroupée en masses critiques optimales ou minimales.³³ Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée, ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les intervenants fournissent des services auprès des personnes qui leur sont orientées, en soutien auprès des intervenants des services spécifiques, et agissent comme consultants auprès de ces derniers.³⁴

Services surspécialisés

Les services surspécialisés permettent de répondre à des problématiques très complexes dont la prévalence est très faible ou encore parce que le développement et le maintien de l'expertise l'exigent. Ils sont constitués d'interventions nécessitant une expertise très particulière, regroupée en masses critiques optimales.³⁵

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la page 40 du document « Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : pour un glossaire des définitions reliées aux services de proximité », du MSSS.

³³ MSSS (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec et MSSS (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience, Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*

³⁴ *Ibid.*, p. 10.

³⁵ *Ibid.*

Annexe 2 : Les troubles neurodéveloppementaux

Catégorie diagnostique	Diagnostic ³⁶
Handicaps intellectuels (aussi appelés déficiences intellectuelles)	<ul style="list-style-type: none"> • Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel); • Retard global du développement; • Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) non spécifié.
Troubles de la communication	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble du langage; • Trouble de la phonation; • Trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance (bégaiement); • Trouble de la communication sociale (pragmatique); • Trouble de la communication non spécifiée.
Trouble du spectre de l'autisme	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble du spectre de l'autisme.
Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de l'attention/hyperactivité; • Autre déficit de l'attention/hyperactivité spécifié; • Déficit de l'attention/hyperactivité non spécifié.
Troubles moteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble développemental de la coordination; • Mouvements stéréotypés; • Tics : <ul style="list-style-type: none"> ○ Syndrome Gilles de la Tourette; ○ Tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques); ○ Tics provisoires; ○ Autres tics spécifiés; ○ Tics non spécifiés.
Trouble spécifique des apprentissages	<ul style="list-style-type: none"> • Avec déficit de la lecture; • Avec déficit de l'expression écrite; • Avec déficit du calcul.
Autres troubles neurodéveloppementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Autre trouble neurodéveloppemental spécifié (ex. : syndrome d'alcoolisation fœtale); • Trouble neurodéveloppemental non spécifié.

³⁶ Pour une description détaillée des caractéristiques diagnostiques relatives à chacun de ces diagnostics, veuillez consulter l'ouvrage suivant : American Psychiatric Association (APA), DSM-V : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015.

Annexe 3 : Responsabilités des différentes parties prenantes impliquées dans l'évaluation diagnostique

La trajectoire d'évaluation diagnostique est un processus collaboratif qui implique différentes parties prenantes. La section qui suit présente un résumé des rôles et responsabilités de chacun.

Tableau 2 : Rôles et responsabilités des différentes parties prenantes dans l'évaluation diagnostique chez l'enfant

Partie prenante	Rôle et responsabilité
Les parents	<ul style="list-style-type: none"> • Experts de l'enfant; • Collaborent au processus d'intervention clinique par différents moyens, et dans les différents milieux de vie de leur enfant; • Contribuent au processus d'évaluation en partageant différentes informations au sujet de leur enfant par différentes modalités (entrevues, observations, partages de vidéos, etc.).
L'intervenant pivot	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagne, informe, conseille et soutient les parents tout au long de la trajectoire de services dont l'évaluation diagnostique; • Intègre les parents dans la prise des décisions concernant leur enfant et leur famille; • Permet de soutenir la fluidité des services tout en assurant une continuité relationnelle avec l'enfant et sa famille; • Collabore au processus d'évaluation en partageant de l'information et ses observations cliniques au sujet du fonctionnement de l'enfant, etc. • Collabore avec la personne qui coordonne la trajectoire en fonction des besoins de l'enfant.
Le professionnel qui coordonne la trajectoire d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Assure la coordination régionale et territoriale des services entre les différents intervenants, établissements et partenaires; • Reçoit et analyse les références pour la trajectoire d'évaluation diagnostique; • Planifie, organise et coordonne la trajectoire d'évaluation propre à l'enfant; • Offre un soutien clinique auprès de l'équipe et contribue à dénouer les enjeux cliniques; • Fait le lien avec l'intervenant pivot pour assurer la fluidité des services.
Les professionnels pouvant émettre un diagnostic ou une conclusion clinique	<p>Les psychologues/neuropsychologues</p> <ul style="list-style-type: none"> • Détiennent une attestation de formation délivrée par l'Ordre de psychologues du Québec pour procéder à l'évaluation des troubles neuropsychologiques, lorsque requis par la situation; • Livrent des conclusions cliniques sur la présence de troubles mentaux, neurodéveloppementaux et neuropsychologiques; • La valeur de cette conclusion est la même que celle d'un diagnostic posé par un médecin.

	<p>Les infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercent auprès de clientèles qui requièrent des soins de proximité, des soins spécialisés ou des soins ultraspécialisés; • Procèdent aux évaluations et aux diagnostics des troubles mentaux selon le Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux; • Peuvent : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prescrire des examens diagnostics, ○ Déterminer des traitements médicaux, ○ Prescrire des médicaments et autres substances, ○ Prescrire des traitements médicaux; • Établissent un plan de traitement médical et un plan d'intervention en collaboration avec l'équipe de services d'intervention. <p>Les pédiatres répondants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutiennent les équipes de proximité ou de première ligne dans la détermination du besoin diagnostique de l'enfant; • Réalisent les liens nécessaires pour diriger l'enfant vers un consultant qui répondra à ses besoins (psychologue, IPSSM, pédiatre consultant, CHU pédiatrique, etc.); • Ne requièrent pas de contact direct avec l'enfant. <p>Les pédiatres consultants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interviennent dans le cadre d'une évaluation diagnostique ne pouvant être pris en charge par l'IPSSM ou s'il n'y a pas d'IPSSM dans son service; • Réalisent les évaluations, diagnostics, plans de traitement médical et d'intervention nécessaires à la condition et aux besoins de l'utilisateur; • Collaborent avec l'équipe interdisciplinaire des services de proximité et de la clinique de pédiatrie pour l'évaluation diagnostique et la réalisation du plan d'intervention ou de services. <p>Psychoéducateurs, ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implication déterminée en fonction de l'analyse des besoins de l'enfant et en respect des champs d'exercice de chacun des professionnels, conformément à la <i>Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines</i>.
<p>Les autres partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avec le consentement du parent, collaborent en communiquant notamment de l'information sur le fonctionnement de l'enfant dans leur milieu, en partageant les résultats des évaluations réalisées auprès de l'enfant, etc.

Annexe 4 : Niveaux de soins en pédiatrie³⁷

Niveaux de soins en pédiatrie

MEMBRES DU COMITE DE TRAVAIL

Dr Bruno Piedboeuf, pédiatre néonatalogiste CHU de Québec- Université Laval, président de la Table sectorielle mère-enfant des RUIS

Mme Marie Josée Asselin, représentante de la Direction des services mère-enfant, MSSS

Dr Robert Barnes, directeur des services professionnels et endocrinologue pédiatre, Hôpital de Montréal pour enfants, CUSM

Dre Thérèse Coté-Boileau représentante du RUIS de l'Université de Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Dr Marc-André Dugas, représentant du RUIS de l'Université Laval, CHU de Québec – Université Laval

Mme Sabrina Fortin, directrice par intérim de la Direction des services mère-enfant, MSSS

Dr Marc Girard représentant du RUIS de l'Université de Montréal, CHU Ste-Justine

Dre Pascale Hamel, présidente de l'APQ

Dr Dany Harvey, chef de département d'un niveau 1 / 2a en région (Alma)

Dre Martine Lévesque, médecin de famille d'un niveau 1 en région (Baie-Comeau)

Dre Marie-Claude Nadeau, chef de département d'un niveau 2b en région intermédiaire (Trois-Rivières)

Dre Louise Perreault, chef de département d'un niveau 2b présumé en région (Rouyn-Noranda)

Mme Julie Provencher, directrice du programme jeunesse et des activités de santé publique, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

PREMIÈRES GÉNÉRALES

L'objectif de cet exercice est de classer les niveaux de soins des **centres hospitaliers** afin de clarifier les parcours de soins intrarégionaux et vers les centres spécialisés. Les niveaux de soins sont destinés aux établissements afin de fournir des orientations pour l'organisation des services, de même que pour l'attribution des ressources matérielles et financières entre les installations du territoire. Elles permettent ainsi de fixer les attentes et les obligations pour les professionnels de la santé qui y travaillent. Ultiment, c'est toujours sur le jugement clinique des intervenants que doit reposer la prestation des services.

Le présent document n'inclut pas la classification des niveaux de soins en néonatalogie (incluant la pouponnière) qui fait l'objet d'un exercice séparé. Même si les niveaux de soins en néonatalogie peuvent être pris en compte pour la détermination des niveaux de soins en pédiatrie, des différences existent.

Les services de première ligne offerts dans la communauté et la prise en charge de la santé de l'enfant et de sa famille relèvent de la responsabilité populationnelle du centre intégré de santé et de services sociaux/centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) et ne font pas partie de cet exercice de classification des niveaux de soins.

Chaque établissement veille à la mise en place de corridors de services, en tenant compte des besoins de la clientèle, en s'assurant que les services médicaux et multidisciplinaires sont disponibles dans la région pour les enfants et leur famille, notamment en matière de détection et de prise en charge des retards de développement.

Chaque établissement est responsable de s'assurer de la mise en place d'une trajectoire complète de services pour les enfants victimes d'abus ou de négligence, en s'associant notamment à la Direction de la protection de la jeunesse. Les centres hospitaliers universitaires peuvent contribuer à cette offre de service via leurs services de protection de l'enfance.

Les services pédiatriques sont offerts selon un principe de hiérarchisation des soins et s'adressent aux enfants de 0 à 18 ans.

³⁷ Niveaux de soins en pédiatrie. Table sectorielle mère-enfant. Février 2019.

Chaque établissement est responsable de définir un plan d'orientation du personnel appelé à travailler auprès de la clientèle pédiatrique de manière à s'assurer que les professionnels développent leurs habiletés et leur aisance à travailler avec les enfants et leur famille.

La distance entre les centres peut moduler l'offre de service dans les centres de niveau 1 et de niveau 2. Certaines régions pourraient ne pas avoir de centres de niveau 2 sur leur territoire.

L'âge et la condition de l'enfant peuvent aussi être des facteurs influençant la réalisation d'une activité dans un centre de niveau 1 ou 2.

La Table sectorielle mère-enfant n'a pas le mandat de statuer sur les critères d'organisation de la pédopsychiatrie. Toutefois, il doit y avoir un arrimage entre les niveaux de soins en pédiatrie et ceux du continuum de santé mentale, incluant la pédopsychiatrie, afin de structurer un continuum de soins et de services pour les enfants ayant des besoins multiples.

En plus de répondre aux critères spécifiques de son niveau, l'installation doit répondre aux critères des niveaux précédents.

CATEGORISATION DES NIVEAUX DE SOINS PEDIATRIQUES

Installation de niveau 1

Une installation de niveau 1 doit :

- Répondre aux besoins aigus et semi-urgents par une offre de service 24/7 en salle d'urgence;
- Assurer l'hospitalisation de courte durée de l'enfant, sous la responsabilité d'un médecin de famille, lorsque le centre de niveau 1 est situé à une grande distance d'un centre de niveau 2 ou de niveau 3;
- S'assurer, lorsqu'un enfant doit être hospitalisé, d'avoir accès au soutien d'un pédiatre de son installation ou d'un centre de niveau 2 ou 3;
- Offrir des lits dédiés à la clientèle pédiatrique;
- Assurer une référence au pédiatre de son installation, ou d'un pédiatre d'un centre de niveau 2 ou 3, pour une demande d'avis ou de consultation lorsque la complexité dépasse l'expertise du médecin de famille;
- Assurer la référence directement à un pédiatre surspécialiste dans certaines situations particulières comme en cas d'urgence ou en l'absence de pédiatre consultant dans le milieu. Cela ne doit pas remplacer la référence ou le transfert à un pédiatre du centre de niveau 2 auquel l'installation pourrait être liée;
- Accueillir les pédiatres surspécialistes pour certaines consultations si les besoins de proximité le justifient. Dans les centres de niveau 1, ce sont les pédiatres de l'installation, ou d'un centre de niveau 2 situé à proximité qui devraient assurer les consultations de deuxième ligne;
- Assurer une référence à un professionnel de la santé de son territoire (nutritionniste, orthophoniste, psychoéducateur, travailleur social, éducateur spécialisé, etc.) afin d'obtenir du soutien pour la prise en charge de certaines difficultés.

Installation de niveau 2

Prémisses générales :

La désignation des niveaux de soins a pour but de favoriser le développement d'une offre de service régionale complète et près de la clientèle. Elle n'a pas pour but de subordonner les pédiatres, ni de diminuer les services actuellement offerts, mais de favoriser une organisation régionale des services fondée sur les besoins de la population pédiatrique.

L'organisation régionale des soins peut entraîner une distribution des ressources sur le territoire en fonction d'une expertise locale. Il y a cependant un niveau de services minimal qui doit être accessible pour l'ensemble des centres de niveau 2. Même si plusieurs centres hospitaliers d'une même région peuvent répondre aux critères minimaux, il y a une volonté de développer des centres plus « spécialisés » dans chaque région, notamment dans un objectif de concentrer l'expertise, de favoriser l'exposition des professionnels concernés à un volume suffisant de clientèle pédiatrique et d'assurer l'accès aux plateaux techniques requis.

L'expertise des pédiatres est reconnue, et ce, peu importe le niveau de soins de l'installation au sein de laquelle ils exercent leur profession. Cependant, les équipements, les plateaux techniques, la disponibilité du personnel soignant et des équipes de soutien peuvent varier au sein des installations et peuvent justifier la référence à un centre de niveau de soins supérieur.

Une installation de niveau 2a doit :

- Offrir des soins pédiatriques aux enfants de sa région;
- Offrir une couverture 24/7 par une équipe de cinq pédiatres minimalement et assurer une présence sur place de jour;
- Assurer la prise en charge de l'enfant hospitalisé et le suivi en centre de jour;
- Offrir les services de personnels soignant et paraclinique dédiés aux enfants hospitalisés ou qui fréquentent les services de centre de jour incluant une gamme de services multidisciplinaires psychosociaux intrahospitaliers;
- Disposer d'un centre de jour **adapté** à la clientèle pédiatrique;
- Pouvoir contribuer à la prise en charge des enfants atteints de pathologies complexes ou chroniques, selon l'expertise de l'installation et en collaboration avec un centre tertiaire (exemple : chimiothérapie d'entretien, agent biologique dans le traitement des maladies inflammatoires...);
- Offrir les plateaux techniques de base nécessaires aux soins médicaux et radiologiques;
- Assurer la liaison vers les services multidisciplinaires pour évaluer et prendre en charge les enfants ayant besoin de soins médicaux, de santé mentale, psychosociaux ou de réadaptation, avec la contribution des autres installations et services offerts par le CISSS/CIUSSS
- Répondre aux demandes de consultations en provenance de la première ligne et assurer des disponibilités au centre de répartition des demandes de service;
- Répondre aux demandes de consultations et de transferts des installations de niveau 1 de sa région ou des régions limitrophes n'ayant pas de centre de niveau 2;

- Assurer la référence à un pédiatre surspécialiste pour une demande d'avis ou de consultation pour des cas complexes;
- Accueillir, selon les besoins, les pédiatres surspécialistes pour certaines consultations;
- Contribuer aux soins des enfants qui sont suivis par les pédiatres surspécialistes d'un centre hospitalier universitaire (CHU) pour un problème complexe;
- Pouvoir offrir des soins chirurgicaux pour les pathologies pédiatriques fréquentes et peu complexes, principalement sur une base ambulatoire;
- Lorsque les besoins de la population le justifient, des pointes d'expertise locales peuvent être développées.
- Participer à l'enseignement.

Une installation de niveau 2b doit :

- Avoir un centre de jour **dédié** à cette clientèle;
- Offrir des plateaux techniques spécialisés (radiologie, chirurgie...) afin de desservir l'ensemble des centres de niveau 1 et 2 de sa région (exemple : imagerie par résonance magnétique cérébrale pour les jeunes enfants);
- Offrir une gamme de services multidisciplinaires pour évaluer et prendre en charge les enfants ayant besoin de soins médicaux, santé mentale, psychosociaux ou de réadaptation, avec la contribution des autres installations et services offerts par le CISSS/CIUSSS;
- Répondre aux demandes de consultations et de transferts des installations de niveau 1 et 2a de sa région ou de régions limitrophes n'ayant pas de centre de niveau 2b;
- Les centres de niveau 2b situés à plus de 2 heures de route de leur centre de référence doivent offrir des soins pédiatriques de niveau intensif de façon transitoire. À moins de situation exceptionnelle (exemple : conditions climatiques), les centres de niveau 2b ont un rôle de stabilisation et ne doivent pas garder hospitalisés dans leur lit des patients nécessitant des soins de niveau intensif plus que quelques heures. Dans tous les cas, une communication avec leur centre tertiaire référant est nécessaire;
- Participer à la recherche, en plus de l'enseignement.

Installation de niveau 3

Une installation de niveau 3 doit :

- Offrir des soins pédiatriques aux enfants de sa région;
- Offrir à l'enfant et à sa famille des soins spécialisés et surspécialisés pour l'ensemble de son réseau universitaire intégré de santé;
- Offrir l'accès à des plateaux techniques ultras spécialisés;

- Offrir une couverture 24/7 par une équipe de pédiatres et de surspécialistes pédiatriques en nombre suffisant pour assurer les soins, la garde ainsi que leur mission académique;
- Répondre aux demandes d'avis ou de consultations en provenance des pédiatres des centres de niveau 1 ou 2;
- Répondre aux demandes de consultations pour des situations complexes ou en l'absence d'un pédiatre référent disponible;
- Offrir des cliniques surspécialisées dans les centres de niveau 1 et 2;
- Offrir des services de télémédecine et de téléconsultation dans les centres de niveau 1 et 2;
- Collaborer et organiser la prise en charge des enfants avec des problèmes multiples ou complexes;
- Assurer le retour de l'enfant vers les ressources de sa région et transmettre en temps utile au médecin traitant les informations nécessaires au suivi;
- Favoriser le transfert des connaissances vers les centres de niveau 1 et 2, ainsi que dans les installations des CISSS/CIUSSS, pour assurer une prise en charge commune de l'enfant;
- Développer des services de consultations professionnelles autres que médicales, pour les installations de niveau 1 ou 2, selon les besoins;
- Jouer un rôle de chef de file dans l'enseignement, la recherche et l'évaluation des pratiques et partager l'information et les connaissances avec les établissements et les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux;

Les centres de niveau 3 peuvent développer une expertise quaternaire dans un ou plusieurs domaines d'activités.

