

Programme-cadre montréalais en négligence

PROGRAMME ALLIANCE

Un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille



Centres de santé et de services sociaux
de la région de Montréal

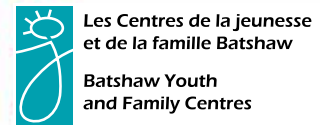


Table régionale des directeurs
du programme-services

Jeunes en difficulté de Montréal

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Dépôt légal, 1^e trimestre 2013
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89218-270-5

© Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2013

Tous droits réservés.

Pour plus d'information concernant nos publications, vous pouvez communiquer avec la bibliothèque du CJM-IU :
514 896-3396
bibliotheque@cjm-iu.qc.ca

Programme-cadre montréalais en négligence

PROGRAMME ALLIANCE

Un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille



Document adopté à la
Table régionale des directeurs du programme-services
Jeunes en difficulté,
le 19 novembre 2012

Comité négligence de la Table régionale

Responsable

Sylvie Constantineau, directrice des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Membres

Lyne Boucher, conseillère à la direction associée de la gestion des dossiers régionaux, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Diane Brière, Directrice de la prévention, des services généraux et spécifiques, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Mario Jarquin, directeur des services aux clientèles spécifiques, CSSS du Cœur-de-l'Île (en remplacement de Gérald Lambert)

Gérald Lambert, directeur des services aux clientèles spécifiques, CSSS du Cœur-de-l'Île

Johanne Lemire, directrice des programmes Enfance-Famille-Jeunesse, santé mentale et services courants, CSSS Lucille-Teasdale

Réal Lizotte, directeur des services généraux et spécifiques, CSSS de la Montagne (en remplacement de Johanne Lemire)

Gérald Savoie, conseiller-cadre à la direction générale, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Éric Tessier, agent de planification de programmation et de recherche, Direction des programmes services, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (en remplacement de Lyne Boucher)

Suzanne Young, agente de planification de programmation et de recherche, Chargée de projet, Direction des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Sous-groupe de travail

Chargée de projet et responsable de la rédaction du document

Suzanne Young, agente de planification de programmation et de recherche, Chargée de projet, Direction des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Membres

Nathalie Boucher, conseillère clinique, Multiclientèles, santé mentale, TED-DI, CSSS du Sud-Ouest—Verdun

Sylvie Cadieux, Coordinatrice professionnelle, équipe Jeunes en difficulté, CSSS Dorval-Lachine-LaSalle

Carole Fontaine, coordonnatrice professionnelle, équipe 0-5 ans, DI-TED et santé mentale jeunesse, CSSS Jeanne-Mance

Susan Gallo, cadre à l'élaboration des programmes cliniques, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Suzanne Girard, spécialiste aux activités cliniques, 0-5 ans, CAFE, CSSS Lucille-Teasdale

Participants aux consultations

Dominique Allaire, conseillère clinique cadre et coordonnatrice terrain des mesures d'urgence et de sécurité sociale, CSSS d'Achunsiac et Montréal-Nord

Suzanne Archambault, agente de planification de programmation et de recherche, Centre jeunesse de Laval

Marie-Catherine Auclair-Julien, chargée de projet régionale en négligence, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Nathalie Bastien, coordonnatrice de l'enseignement et de la valorisation des connaissances, Direction des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Alex Battaglini, adjoint à la direction de la qualité et de la mission universitaire, CSSS/CAU Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Julie Beauvais, répondante régionale du programme SIPPE, direction de la santé publique de Montréal

Lorraine Beauvais, chef d'administration de programmes, équipes scolaires, jeunesses et projets spéciaux, CSSS Jeanne Mance

Madeleine Bérard, directrice de la protection de la jeunesse/Directrice provinciale, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Natalie Bibeau, directrice adjointe des services sociaux, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Kathleen Bilodeau, chef de service, Direction de la protection de la jeunesse, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Louise Blais, coordonnatrice des services spécifiques, CSSS Lucille-Teasdale

Laurence Boucheron, répondante régionale, Services intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance, secteur Tout-Petits-Jeunes, Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Michèle Brousseau, directrice scientifique (retraîtée), Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire

Nancy Bussière, chef de service, direction des services territoriaux Sud-Est, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Sylvie Carrier, adjointe à la direction des services territoriaux Sud-Est, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Claire Chamberland, professeur, titulaire de la Chaire sur la victimisation et chercheuse principale de l'expérimentation de l'Initiative AIDES, Université de Montréal

Monick Coupal, conseillère en organisation de services, Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Alba Rose D'Andrea, intervenante sociale, applications des mesures, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Louis Delaquis, coordonnateur des programmes Famille-Enfance-Jeunesse, CSSS du Cœur-de-l'Île

Suzanne De Blois, médecin-conseil, secteurs Tout-petits - Jeunes, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Michel Carignan, coordonnateur Centre d'expertise en maltraitance, Direction des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Ginette Denis, directrice des services territoriaux Sud-Est, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Annie Desrosiers, coordonnatrice des programmes Famille-Enfance-Jeunesse, CSSS Dorval-Lachine-LaSalle

Anne Duret, directrice des services professionnels, Association des centres jeunesse du Québec

Dr Jean-Yves Frappier, chef de la section médecine de l'adolescence et de la section pédiatrie sociojuridique et de protection de l'enfance, Ste-Justine

Anne-Marie Gagné, chef d'administration de programmes Services Spécifiques aux Jeunes, CSSS Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Marie-Hélène Gagné, professeure, Titulaire de la Chaire en maltraitance, Chercheur au Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque, Université Laval

André Gagnière, directeur général, CSSS de la Pointe-de-l'Île

Robert Gervais, chef de programme École en santé, CSSS de la Montagne

Renée Giguère, expertise dans l'animation d'équipes EIJ, contribution à l'Initiative AIDES, CSSS d'Achunsiac et Montréal-Nord

Claude Girouard, coordonnateur des services à la jeunesse et à la famille et santé mentale, CSSS de la Pointe-de-l'Île

Monique Elliott, coordonnatrice SIPPE, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Lesley Hill, directrice générale adjointe / DSP par intérim, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Isabelle Hogue, chef de service, équipe enfance, direction des services en territoire Nord-Ouest, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Marie-Josée Johnson, chef de service, Direction des services territoriaux Nord-Ouest, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Carl Lacharité, professeur, Responsable du groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN), Université du Québec à Trois-Rivières

Danielle Lalande, directrice adjointe, Direction des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Marie-Josée Larochelle, agente de planification de programmation et de recherche, Direction des jeunes et des familles, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Claude Laurendeau, directrice des services professionnels, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Marie-Claude Leduc, coordonnatrice régionale du programme Crise-Ado-Famille (CAFE), CSSS de la Pointe-de-l'Île

Carole Lemay, chef de service, Direction des services territoriaux Nord-Ouest, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Suzanne Lepage, directrice générale adjointe, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Danielle Lessard, coordonnatrice de recherche, Projet Initiatives AIDES, Université de Montréal

Chantal Maltais, directrice, Direction des jeunes et des familles, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lila Mesbah, chef d'administration de programmes 0-5 ans, CSSS du Cœur-de-l'Île

Nathalie Mainville, adjointe à la direction des services territoriaux Nord-Ouest, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Michel Malenfant, directeur des services territoriaux Nord-Ouest, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Tim MacMillan, chef de l'administration de programmes, Jeunes en difficulté, CAFE, CSSS de l'Ouest-de-l'Île

Danielle Mercier, coordonnatrice des services dans le milieu, Centre jeunesse de Laval

Jacques Moreau, professeur, contribution au projet 1-2-3 Go, auteur du GED, Université de Montréal

Brigitte Moreault, conseillère cadre, Direction des services professionnels et de la qualité des services, Association des centres jeunesse du Québec

Céline Morissette, coordonnatrice en périnatalité, petite enfance et DI-TED-DP, CSSS de Laval

Sylvie Normandeau, directrice scientifique, UDM, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Odette Ouellet, chargée de projet, responsable des travaux conjoints CSSS et CJ Estrie sur le programme en négligence « Parent'Aïse ».

Lyne Ouellette, chef d'administration de programmes Enfance-Famille, TED, CAFE, CSSS de la Montagne

Johanne Provencher, chef d'administration de programmes Petite-Enfance, CSSS du Sud-Ouest—Verdun

Diane Rose, chef de programme Jeunes en difficulté, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Stéphane Rousseau, directeur des services généraux à la jeunesse et à la famille et des services multidisciplinaires, CSSS de la Pointe-de-l'Île

Denise Sauriol, chargée de projet, programme négligence, CSSS et Centre jeunesse de Laval

Linda See, coordonnatrice à la révision et à l'accès (DPJ), Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Adeline St-Jean, agente de planification de programmes et de recherche, Direction des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Diane Thiffault, chef du programme Enfance-Jeunesse, CSSS du Sud-Ouest—Verdun

Claudia Tremblay, directrice conseil des services professionnels, Association des centres jeunesse du Québec

Francine Trickey, responsable des secteurs Tout-petits - Jeunes, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Nico Trocmé, professeur et Directeur du Centre de recherche sur l'enfance et la famille, Université McGill

Joelle Weizman, conseillère clinique cadre, Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Elliot Zelniker, chef de service à l'application des mesures, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Participants aux consultations sur la question ethnoculturelle

Nirvah Casseus, travailleuse sociale, Centre de la famille haïtienne de Rivière-des-Prairies

Cecilia Escamilla, directrice, Centre d'aide aux familles latino-américaines (CAFLA)

Isa Iasenza, conseillère-cadre au partenariat, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Vladimir Jean, intervenant, organisme Le Phare

Louise Leduc, responsable de la Table de concertation des 0-5 ans de Parc-Extension, Directrice du CPE du Parc

Sylvie Outmezguine, chef de programme, CSSS Cavendish

Cathy Paquet, chef de service, Direction de la protection de la jeunesse, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Hedy Taylor, chef de service, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Remerciements

Nous tenons à remercier madame Odette Ouellet, chargée de projet pour le programme « Réseau Parent'Aïse, Des ressources pour les familles », de la région de l'Estrie. Ses réflexions, ses conseils et son expérience nous ont été d'un précieux soutien. Grâce aux liens que nous avons tissés, nous avons eu des échanges à cœur ouvert qui nous ont enrichis et guidés dans l'élaboration du programme-cadre montréalais en négligence. Nous lui en sommes très reconnaissants et nous remercions l'Agence de la santé et des services sociaux, les CSSS et le Centre jeunesse de l'Estrie d'avoir rendu possible notre collaboration.

Mot des coprésidents de la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté de Montréal

Depuis 2009, nous avons le privilège de coprésider la Table régionale des directeurs jeunes en difficulté de Montréal. Cette table réunit les directeurs de programmes-services jeunes en difficulté des 12 CSSS de Montréal de même que les deux centres jeunesse et l'Agence de santé et des services sociaux dans une préoccupation commune ; celle de concerter nos efforts et nos expertises au profit de la jeunesse en difficulté sur le territoire montréalais.

Le dicton célèbre prétend qu'il faut tout un village pour élever un enfant. À Montréal, ce village se traduit par une réalité de métropole au tissu culturel et social diversifié, nous posant un défi de taille pour rassembler toutes les conditions permettant d'offrir un soutien optimal et adapté aux familles, à toutes les familles, et ce, quels que soient leur niveau de besoins.

Alliance, le programme-cadre en négligence, est un exemple patent de la nécessité de saisir ces opportunités de nous donner la main pour agir ensemble. Le programme-cadre est le fruit de l'expertise concertée de tout un réseau réunissant les partenaires de la santé publique, de la recherche, des instituts universitaires, des hôpitaux et CSSS, des centres jeunesse et des organismes du milieu.

Nous sommes fiers de vous le présenter comme notre dernier né et souhaitons vivement, qu'ensemble, il nous guide pour mettre en œuvre les meilleures conditions de soutien aux familles montréalaises. La négligence est un phénomène pour lequel on peut certes espérer agir de façon concertée en amont lorsque l'on sait que, bon an mal an, cela constitue la principale source de signalements retenus au Québec (plus de 32 %).

Nous profitons de l'occasion pour souligner le travail de toutes ces personnes de notre réseau qui s'investissent auprès des enfants, des jeunes et des familles. Leur soutien aujourd'hui nous aide à bâtir la société de demain.



André Gagnière
Directeur général
CSSS Pointe-de-l'Île



Jean-Marc Potvin
Directeur général
Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire

Mot du directeur des programmes-services de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Les enfants sont la richesse d'une société. Les circonstances dans lesquelles ils naissent et grandissent sont déterminantes pour leur avenir. Nombre de problèmes de santé physique et de santé mentale vécus à l'âge adulte prennent racine dans les premières années de vie.

Plusieurs facteurs viennent influencer le développement des enfants, que ce soit au niveau des conditions économiques des ménages, des ressources disponibles dans les quartiers, du statut migratoire des parents, etc. De manière générale, les territoires de Montréal où les niveaux de revenu et de scolarité sont les moins élevés présentent une plus grande proportion d'enfants considérés comme vulnérables.¹

Le bien-être et le développement des tous les enfants montréalais sont prioritaires pour le réseau de la santé et des services sociaux de Montréal. Le « Programme-cadre montréalais en négligence » est un pas dans la bonne direction et jette les bases afin que tous les acteurs du réseau aient une vision et une compréhension communes du phénomène de la négligence à travers une philosophie et des moyens d'intervention appropriés. Ce programme-cadre contribuera certainement à mieux définir l'offre de service montréalaise et contribuera à améliorer le travail en réseau de tous les partenaires impliqués; des CSSS aux centres jeunesse, en passant par la santé publique aux organismes communautaires, aux commissions scolaires et aux centres de la petite enfance. Il contribuera également à assurer une continuité des services et une harmonisation des pratiques.

Au nom de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, je désire saluer le travail effectué par l'ensemble des acteurs, dont la Table jeunes en difficulté de Montréal, ayant participé à l'élaboration de ce programme. J'invite tous les établissements du réseau ainsi que nos partenaires à poursuivre cette « Alliance » pour travailler étroitement ensemble afin de mettre en place les conditions permettant de mieux soutenir les parents en besoin d'aide, d'éviter que les situations se détériorent et ainsi, protéger les enfants et les jeunes montréalais des impacts provoqués par la négligence et pouvant entraver leur bien-être actuel et futur.



Patrick Murphy-Lavallée
Directeur des programmes-services
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

1. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais, Rapport régional 2008, 135 pages.

Table des matières

PARTIE 1	La compréhension de la problématique de la négligence	3
1.1	La définition de la négligence	3
1.2	Une vision écosystémique d'une problématique complexe et multifactorielle	6
PARTIE 2	Les bases du programme-cadre montréalais en négligence	25
2.1	Consensus sur les principes cliniques et sur valeurs des établissements	25
2.2	Consensus sur les principes cliniques et les valeurs à l'égard de la clientèle	27
2.3	But et objectifs du programme	29
2.4	Un modèle circulaire de promotion-prévention-intervention-protection pour la clientèle aux prises avec des difficultés liées à la négligence	31
2.5	Un cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants	35
2.6	Un réseau centré sur les besoins de l'enfant	37
2.7	Le cadre de partenariat	40
PARTIE 3	Processus clinique d'intervention	43
3.1	Repérage et identification de la clientèle	44
3.2	Processus d'analyse des besoins de la clientèle	44

PARTIE 4

3.3	Processus d'intervention auprès de la clientèle et du réseau	55
3.4	Mécanismes de collaboration et soutien aux intervenants	73
	Structure de gestion et de soutien au programme	79
4.1	Mission et mandat	80
4.2	La Table régionale des directeurs du programme-services jeunes en difficulté	82
4.3	Le comité régional de coordination et de suivi	83
4.4	Les comités conjoints locaux	83
4.5	Les rencontres locales de suivi du programme	84
4.6	Le plan d'implantation et les plans de réalisation	85
	Conclusion	86
	Références bibliographiques	87
Annexe 1	L'émergence d'un contexte propice à la négligence	96
Annexe 2	Tableau des facteurs de risque pour les abus et la négligence selon différents auteurs	97
Annexe 3	Tableau des facteurs de protection selon différents auteurs	98
Annexe 4	Effets de la négligence sur l'enfant	99
Annexe 5	Les types d'attachement et les réactions des enfants, des parents et les liens avec leur enfance	100
Annexe 6	Dimensions du cadre d'analyse écosystémique des besoins du développement des enfants	101
Annexe 7	Outils cliniques	104
Annexe 8	Les étapes du processus de changement	107

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a présenté ses orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le programme-services Jeunes en difficulté. Ces orientations précisent l'offre de service à mettre en place, entre autres en ce qui concerne un programme d'intervention en négligence sous la responsabilité des CSSS en collaboration avec les centres jeunesse. Ce programme doit être composé d'un ensemble d'interventions multidimensionnelles, diversifiées, constantes et de longue durée, auprès des parents présentant des difficultés en relation avec la négligence ou à risque d'en présenter, et de leurs enfants. Elles visent le maintien ou la réintégration des enfants dans leur milieu familial. Le programme-cadre montréalais en négligence vise à contribuer à ce que les enfants de 0 à 11 ans reçoivent une meilleure réponse à leurs besoins et ainsi diminuer les impacts marqués de la négligence à l'égard de leur développement. Des services et du soutien seront offerts aux enfants, aux parents et aux familles. Pour y parvenir, la collaboration de la communauté et de plusieurs partenaires sera nécessaire.

La Table des directeurs des programmes-services Jeunes en difficultés a soutenu les travaux liés à l'élaboration du « Programme-cadre montréalais en négligence ». Cette démarche a nécessité plusieurs étapes de réalisation, dont la recension des connaissances et des expériences cliniques les plus à jour et le choix des pratiques les plus prometteuses. Nous nous sommes d'abord entendus sur la compréhension de la problématique de la négligence, nous avons identifié divers modèles, applications et programmes en négligence et dressé un portrait de la situation montréalaise en négligence. Nous avons aussi organisé différentes rencontres de validation qui ont regroupé des personnes issues tant des milieux de la recherche que des milieux cliniques¹. Ces démarches se sont conclues par la rédaction de trois documents². Le document sur le programme-cadre montréalais en négligence s'est appuyé sur ces documents. Il fournit les grandes orientations et les balises cliniques qui permettront aux établissements d'avoir une vision du phénomène de la négligence, une philosophie d'intervention et un processus d'intervention qui soient communs.

Ce document sert de référence et s'adresse aux intervenants, aux gestionnaires et aux partenaires qui sont en relation avec des familles éprouvant des difficultés liées à la négligence. De plus, du matériel de sensibilisation pour différents publics ainsi qu'un guide de pratique pour les intervenants seront disponibles.

1. Des journées de consultation avec différents experts se sont tenues le 14 janvier 2011, le 28 octobre 2011 et le 17 octobre 2012. De plus, des consultations avec différents groupes ont eu lieu, notamment avec des représentants des communautés ethnoculturelles.
2. S. Young. Programme-cadre Montréalais en négligence : *La compréhension de la problématique de la négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté le 11 mai 2011. Montréal. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2011.
S. Young. Programme-cadre Montréalais en négligence : *Modèles, applications, programmes en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté le 21 novembre 2011. Montréal. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2011.
S. Young. Programme-cadre Montréalais en négligence : *Situation montréalaise en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté en septembre 2012. Montréal. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2012

La première partie du document traite de la compréhension de la négligence : la définition, la vision écosystémique et l'ampleur du phénomène. La deuxième partie présente les bases du programme : les principes cliniques, les valeurs, le but et les objectifs et le modèle écosystémique. La troisième partie s'intéresse au processus clinique d'intervention : le repérage et l'identification de la clientèle, le processus d'analyse des besoins et d'intervention, etc. La quatrième partie illustre la structure de gestion et de soutien du programme.

En ayant des repères communs, les établissements pourront, par la suite, bonifier leur offre de service en tenant compte des particularités de leur clientèle, de leurs partenaires et de leurs ressources et, de plus, ils pourront assurer une meilleure intégration des services.

Un important processus de consultation nous a aidés à bonifier et à valider chacun des documents produits en rapport avec le programme-cadre montréalais en négligence. Nous en profitons pour remercier toutes les personnes qui ont contribué à la démarche.

LA COMPRÉHENSION DE LA PROBLÉMATIQUE DE LA NÉGLIGENCE



La section 1.1 est en grande partie tirée du document « La compréhension de la problématique de la négligence »¹.

1.1 La définition de la négligence

Avant d'aborder la définition de la négligence, il convient de considérer la complexité de cette problématique.

Plusieurs raisons font en sorte qu'il est complexe de définir la négligence. Parmi ces raisons, en voici quelques-unes :

- Certains termes employés apportent de la confusion : « négligence » et « maltraitance », « violence » et « abus ».
- « Autant il faut prévoir de séparer les formes de maltraitances afin d'étudier les conséquences respectives, autant on doit reconnaître que de nombreux enfants sont soumis à plus d'une. En effet, le tiers des situations de négligence impliquerait également d'autres formes de mauvais traitements². » Et « s'il est déjà difficile de tracer une ligne claire entre négligence et abus, il est encore plus difficile de distinguer les enfants

-
1. S. Young. Programme-cadre Montréalais en négligence : *La compréhension de la problématique de la négligence*. *Op. cit.*
 2. C. Lacharité et L.-S. Éthier. Services d'aide intégrée pour contrer la négligence. Description sommaire d'un modèle d'intervention. [Document de travail du Groupe de recherche et d'intervention en négligence]. Université du Québec à Trois-Rivières. (2003, 23 p.) dans Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). La négligence envers les enfants. Bilan des connaissances. En collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Avril 2008, p. 2.

victimes de négligence physique et ceux victimes de négligence émotionnelle»³. « La maltraitance regroupe les problèmes de violence, de négligence et d'abus sexuels »⁴. La maltraitance émotionnelle est parfois incluse dans la négligence.

- Le phénomène de la négligence est souvent associé à d'autres problématiques (abus sexuel, abus physique, mauvais traitements psychologiques, violence conjugale et familiale, problèmes de santé mentale, toxicomanie, déficiences intellectuelles, pauvreté, etc.) dont il faut tenir compte.
- D'un point de vue légal ou clinique, les définitions de la négligence diffèrent quelque peu.
- La caractérisation des comportements appropriés des parents et des enfants évolue en fonction du choix des valeurs et des normes d'une collectivité et varie parfois à l'intérieur d'une même collectivité, d'une culture à l'autre, d'une société à l'autre, etc. Les différentes sociétés à travers le monde, à une époque donnée, se construisent une conception des besoins fondamentaux des enfants. Il faut être conscient que la reconnaissance des besoins d'ordre physique, éducatif et psychologique peut différer d'une société à l'autre, d'une collectivité à l'autre. Toutefois, le besoin d'établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant (Brazelton et Greenspan, 2000 ; Crittenden, 1999 ; Hrды, 2000 ; Rohner, 1987) fait consensus dans la communauté scientifique internationale et dans les sociétés occidentales. Ce besoin englobe la plupart des autres besoins.

L'enfant doit d'abord recevoir une réponse à son besoin d'établir des relations affectives stables avec des adultes qui sont disponibles. En l'absence de cette dimension essentielle, la satisfaction des autres besoins risque d'être insatisfaisante. Dans les cas de négligence, les adultes de l'entourage de l'enfant éprouvent une difficulté ou une incapacité à porter attention et à se soucier des besoins fondamentaux reconnus par la collectivité à laquelle ils appartiennent.

- La négligence peut être apparente ou invisible, mais les conséquences pour l'enfant peuvent être très graves.

La complexité de la négligence :

- La confusion des termes « négligence » et « maltraitance », « violence » et « abus ».
- Le phénomène de la négligence est souvent associé à d'autres problématiques.
- D'un point de vue légal ou clinique, les définitions diffèrent quelque peu.
- La caractérisation des comportements appropriés des parents et des enfants évolue en fonction du choix des valeurs et des normes d'une collectivité.
- La négligence peut être apparente ou invisible, mais les conséquences pour l'enfant peuvent être très graves.

3. M.-F. Erickson & B. Egeland. Child Neglect (1996) dans J.N. Brière, L. Berliner, J.A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (éds). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oak, California, London, Sage Publications. (1996, p. 4 20) dans Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). *La négligence envers les enfants. Bilan des connaissances*. En collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Avril 2008, p. 2.

4. L.-S. Éthier. *La négligence et la violence envers les enfants* (1999) dans E. Habimana, L.-S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (dir.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Montréal et Paris, Gaëtan Morin éditeur. 1999, p. 595-614.

Pour la définition de la négligence, nous recourons à une définition légale figurant dans la Loi sur la protection de la jeunesse.

« Au Québec, l'application de l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse reconnaît que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux. Il y a un certain chevauchement entre la négligence (besoins physiques, de santé et éducatifs) et les mauvais traitements psychologiques (besoins psychologiques). »

L'article 38 b) « Négligence » se lit comme suit :

1. Lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux :
 - i soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources ;
 - ii soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale ;
 - iii soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation.
2. Lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1.

L'article 38 c) « Mauvais traitements psychologiques » se lit de la façon suivante :

Lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale. »

Par ailleurs, « dans la littérature, on retrouve différentes définitions qui se ressemblent, mais qui ont chacune leurs particularités. Nous avons retenu la définition suivante⁵ parce qu'elle illustre bien le phénomène complexe de la négligence et qu'elle témoigne des observations des cliniciens. On la retrouve dans le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire⁶ et elle a été reprise dans le cadre du Programme national de formation (PNF)⁷.

5. Des établissements de différentes régions ont aussi retenu cette définition, entre autres l'Estrie et le Bas-Saint-Laurent.

6. Tiré de : C. Lacharité et coll. *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : Nouvelle génération*. Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR. 2005, p. 20.

7. ACJQ. PNF 2008-2009. *Cahier du participant, compétences spécifiques réseau, module 207, Intervention auprès des familles en situation de négligence*. 25 septembre 2008, p. 61.

La définition de la négligence

« La négligence est une carence significative voire une absence de réponse aux besoins d'un enfant reconnus comme fondamentaux sur la base des connaissances scientifiques actuelles ou en l'absence de celles-ci (ou de consensus à propos de celle-ci), de valeurs sociales adoptées par la collectivité dont fait partie ce dernier. »

L'absence de réponse se définit davantage par une omission de gestes qui sont bénéfiques que par la présence de conduites parentales néfastes. Les besoins fondamentaux dont il est question sont d'ordre physique (alimentation, habillement, hygiène, logement, soins, etc.), éducatif (attitudes éducatives, stimulation, surveillance, encadrement, etc.) et psychologique (attention, affection, encouragement, etc.) ».

1.2 Une vision écosystémique d'une problématique complexe et multifactorielle

Notre façon de comprendre la négligence vient influencer notre façon d'évaluer et d'intervenir, c'est pourquoi nous souhaitons présenter ce qu'implique une vision écosystémique. Dans cette section, nous abordons des notions de compréhension que nous estimons importantes, comme le rôle et les caractéristiques des individus, des collectivités et des systèmes qui peuvent contribuer à restreindre la disponibilité des parents à répondre aux besoins de leur enfant. Par ailleurs, la partie 2 du document, portant sur les bases du programme-cadre, viendra traduire encore plus concrètement cette vision.

La négligence n'est pas simplement une question de « parents négligents ». Le phénomène de négligence nous parle aussi des carences ou des échecs de la collectivité à soutenir les parents dans l'exercice de leurs rôles parentaux. En définitive, la négligence a des causes plutôt que des coupables.⁸

Comme nous l'avons vu précédemment, la négligence se présente sous forme de carences ou de lacunes dans la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant et résulte de deux perturbations⁹. Une perturbation du rapport entre l'entourage de l'enfant et ce dernier, qui se traduit par des interactions peu fréquentes et souvent négatives. L'autre perturbation est celle du rapport entre l'entourage de l'enfant et la communauté, que l'on observe par l'isolement social, un réseau de soutien formel développé au détriment d'un réseau informel et la présence d'insularité de la famille.

1.2.1 Les formes de négligence

La littérature offre des descriptions de différentes formes de négligence. Ces descriptions sont intéressantes en ce sens qu'elles nous permettent de mieux

8. Inspiré de : Carl Lacharité, Louise Éthier et Pierre Nolin. *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*. Bulletin de psychologie, Tome 59 (4). Juillet-août 2006, p. 384.

9. C. Lacharité et L.-S. Éthier. *Op. cit.*, 23 p.

analyser nos observations. Par ailleurs, nous croyons plus conforme à notre vision de la négligence de traduire ces formes de négligence en besoins des enfants.

Voir à l'annexe 6 une nomenclature des besoins de développement des enfants.

« Dans certains contextes, les situations suivantes peuvent entraîner de la négligence. Voici les principales formes de négligence¹⁰ :

Négligence physique :

- Alimentation : carence alimentaire entraînant un retard staturo-pondéral, un retard de développement crânien ; privation de nourriture et mauvaise alimentation en sont les causes ou un surplus alimentaire entraînant l'obésité.
- Habillement : vêtements inadéquats selon les saisons ou selon la corpulence.
- Hygiène : malpropreté corporelle constante entravant sa santé, son estime de soi et sa socialisation.
- Salubrité : entretien ménager négligé.
- Logement : ameublement de base inadéquat, surpeuplement, absence de logement.
- Sécurité : présence de dangers physiques dans la maison.
- Conditions inadéquates pour le bébé à naître : abus de drogues, alcool, médicaments, comportements dangereux durant la période prénatale, la grossesse.

Négligence médicale : refus du parent à consentir aux soins nécessaires :

- Traitement médical.
- Examen.
- Médicament pour l'enfant.
- Suivi de la vaccination (ne concerne pas les parents qui, par conviction, choisissent de ne pas faire vacciner leur enfant).

Négligence éducationnelle : omission de fournir les stimuli appropriés au développement de l'enfant tels que les stimulations ou le support à la fréquentation scolaire :

- Surveillance : absence des parents du domicile ; enfants laissés dans la rue, etc.
- Développement : privation d'expériences assurant un bon développement (contacts avec d'autres enfants, d'autres adultes, participation à des activités, à des loisirs, etc.).
- Encouragement de comportements délinquants : comportements et mode de vie inadéquats.

10. Inspiré de : Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. *Programme L'effet papillon, Programme intersectoriel en négligence*. Chicoutimi. Septembre 2005, p. 4-6.

Négligence émotionnelle :

- Besoin d'attention
- Besoin de sécurité
- Besoin d'estime de soi
- Besoin d'affection

Négligence communautaire : absence ou insuffisance de ressources, de politiques ou de programmes destinés au soutien des enfants et des familles :

- Garderies dont les heures d'ouverture ne permettent pas les horaires non réguliers : variables, brisés, soir, fin de semaine ;
- Présence inégale selon les territoires de ressources adaptées aux besoins ;
- Absence de programmes d'accès à l'emploi qui rejoignent les familles touchées ;
- Concentration de difficultés dans certains secteurs : pauvreté, criminalité, écoles recevant un haut niveau de jeunes présentant des retards d'apprentissage »

1.2.2 Éléments favorisant l'émergence d'un contexte de négligence

Le **phénomène de la détresse sociale** permet de bien comprendre en quoi les écarts des conditions sociales et personnelles des parents amènent un contexte favorable à l'émergence de la négligence envers les enfants. L'individu est confronté à vivre des écarts importants au niveau culturel, économique, politique, social et personnel qui peuvent, par exemple, le marginaliser, le limiter financièrement et personnellement, l'isoler ou le rendre méfiant.

- **« Les écarts au niveau culturel :** Participer à des valeurs par opposition à être marginal. Échanger des idées, des sentiments par rapport à être sans instruction. Au quotidien, on est privé d'occasions de participer aux activités de la majorité. Il y a retrait et isolement culturel et social. Les besoins de l'enfant sont un stress supplémentaire alors que ses propres besoins sont non comblés. On vit « ici et maintenant » puisqu'on n'est sûr de rien.
- **Les écarts au niveau économique :** Exercer une fonction par opposition à être sans emploi. Échanger des productions par rapport à être sans argent. Les ressources financières étant limitées, on est en survie économique. L'arbitrage du conflit d'intérêts entre la réponse aux besoins de l'enfant par rapport à ceux des parents est plus difficile en raison des possibilités de choix et d'échanges limités.
- **Les écarts au niveau politique :** Prendre part à des décisions par opposition à être exclu. On se défend du pouvoir des autres. On contrôle un espace ; on se retire, se referme et on s'isole.
- **Les écarts au niveau social :** Être un symbole positif par opposition à être déchu. Avoir droit à la justice par rapport à être suspect. On est et on se sent menacé dans son intégrité sociale. On fuit cette réalité : consommation, voire abus de substances. On fuit et se défend du regard des autres : briures de services.

- **Les écarts au niveau personnel** : Disposer d'un capital personnel qui ouvre sur une diversité de choix par opposition à avoir peu de choix. Disposer d'un capital personnel qui prédispose à l'équilibre par rapport à être en survie psychologique. Les parents présentent des limites (ex. : problème de santé mentale, déficit intellectuel, etc.). On donne des réponses stéréotypées ou imprévisibles à l'enfant. On a de la difficulté à percevoir, traiter et intégrer les informations en provenance de l'enfant. »¹¹

L'accumulation des difficultés fait en sorte que les parents ne sont pas disponibles pour répondre aux besoins des enfants. On doit tenir compte des conditions personnelles, sociales, économiques des parents et viser l'amélioration de celles-ci en impliquant différents acteurs (santé, éducation, services sociaux, immigration, logement, emploi, etc.).

Voir à l'annexe 1 un tableau plus complet des principaux éléments qui favorisent l'émergence d'un contexte de négligence.

1.2.3 Les facteurs de risque et de protection

Les facteurs de risque

Dans le contexte particulier des familles en difficulté, voire dans les familles aux prises avec la négligence, la documentation scientifique présente souvent trois catégories de conditions : les conditions associées aux caractéristiques du contexte de vie de la famille, celles associées aux caractéristiques des figures parentales et enfin celles associées aux caractéristiques des enfants¹².

Pour les familles issues des communautés ethnoculturelles, particulièrement pour les nouveaux arrivants, les facteurs de risque peuvent être exacerbés parce qu'elles ne connaissent pas toujours les ressources et services et qu'elles n'ont pas développé de relation de confiance avec les intervenants¹³. De plus, il faut tenir compte du fait que certaines d'entre elles n'ont pas accès à tous les services à cause de leur statut particulier.

Les conditions associées aux caractéristiques du contexte de vie de la famille : l'absence de soutien social et de ressources collectives (économiques, sociales ou culturelles). La *pauvreté*, le *décrochage scolaire*, la *monoparentalité* relèvent des ressources collectives.

11. Inspiré de : Synthèse faite par Odette Ouellet. *Réseau Parent'aise, Des ressources pour les familles*. Cadre général (2010) dans Bédard, Jean. *Familles en détresse sociale, repères d'action*, Tome 1 : du social au communautaire. Sillery, Québec, Éditions Anne Sigier. 1998.

12. Inspiré de : Carl Lacharité, Louise Éthier et Pierre Nolin. *Op. cit.*, p. 388-389.

13. D. DePanfilis. U.S. *Department of Health and Human Services Administration for Children and Families*. Child Abuse and Neglect. Office on Child Abuse and Neglect. 2006. / Benard et al. *Protective Factors in Individuals, Families and Schools : National Longitudinal Study on Adolescent Health Findings*. National Resilience Resource Center, University of Minnesota, Minneapolis, 2001.

Selon l'étude canadienne sur l'incidence des signalements¹⁴, voici deux données (pour 1 000 enfants) :

- 33 % des parents reçoivent de l'aide sociale, de l'assurance-emploi ou autres prestations ;
- 51 % des parents ont un emploi à temps plein.

Les conditions associées aux caractéristiques des figures parentales : grossesses et naissances non planifiées, problèmes de santé mentale : toxicomanie, dépression, troubles de la personnalité, habiletés sociales déficitaires et faibles habiletés de résolution de problèmes.

Une étude réalisée au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec¹⁵ a permis de préciser la **notion de chronicité**. La clientèle de l'étude étant davantage des mères, c'est pourquoi il est surtout question de celles-ci. Il est cependant important de ne pas stigmatiser les mères. Les principaux facteurs de négligence chronique de la clientèle cités dans cette étude sont les suivants.

- Des indices sévères de dépression
« Les facteurs qui expliquent l'apparition de la dépression sont l'histoire de mauvais traitements vécus pendant l'enfance, les expériences infantiles de perte, de rupture, d'abandon et de rejet. Le parent déprimé ressent son rôle comme une nette surcharge et peut adopter des comportements agressifs et de l'irritabilité pouvant aller jusqu'à la violence physique. La dépression accompagne souvent des problèmes de toxicomanie »¹⁶.
- Un retard de développement intellectuel ou incapacités intellectuelles
« Les personnes souffrant de retards ou d'incapacités intellectuelles (ex. : difficulté à actualiser les fonctions cognitives comme le jugement) peuvent manquer de connaissances quant aux soins de base à donner à l'enfant, présenter une absence d'interactions ou d'interactions positives avec l'enfant, une incapacité à prendre des décisions efficaces ou à résoudre des problèmes et une faible capacité à agir en situation d'urgence ou à reconnaître les indices de maladie »¹⁷.

« Les mères souffrant de déficience intellectuelle sont parmi les plus démunies de notre société. Elles éprouvent des problèmes multiples et complexes qui sont rarement pris en compte par les programmes d'intervention »¹⁸.

14. Tiré de : Agence de la santé publique du Canada. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Données principales*. Ottawa, 2008.

15. Inspiré de : M.-C. Boulet, L.-S. Éthier et G. Couture. *Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques*. Santé mentale au Québec, vol. 29, no 1, p. 221-242. 2004.

16. Inspiré de : L.-S. Éthier. *Les facteurs psychologiques qui nuisent au rôle parental*. *L'enjeu*, Bulletin spécial recherche produit par Les Centres jeunesse de la Montérégie, vol. 12, no 1. 2005.

17. Inspiré de : L.-S. Éthier, C. Biron, M. Boutet et C. Rivest. *Les compétences parentales chez les personnes présentant des incapacités intellectuelles : état de la question*. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 10, no 2, p. 111. Décembre 1999.

18. Tiré de : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). *La négligence envers les enfants. Bilan des connaissances*. En collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Uni-

« On estime cependant que moins du quart de ces familles pourront éventuellement acquérir assez d'autonomie pour assurer une éducation adéquate à l'enfant »¹⁹.

- Des histoires d'abus et de traumatismes non résolus depuis l'enfance
Les ruptures émotionnelles lors des placements à répétition et les expériences d'abus sont des sources de traumatismes qui, si elles ne sont pas intégrées, peuvent entraîner de la dépression, de l'anxiété, des distorsions cognitives, des troubles de l'identité, de l'évitement et de la dissociation mentale, qui nuisent aux relations affectives, à l'adaptation générale et au rôle de parents.
- L'absence de liens affectifs stables dans l'enfance tels les placements multiples
Les mères aux prises avec des problématiques chroniques associées à la négligence ont vécu significativement plus d'abus et de ruptures d'attachement dans leur enfance que celles vivant des problématiques transitoires. Les problèmes d'attachement et de sensibilité parentale sont directement reliés à la négligence chronique et sévère parce que les parents éprouvent de grandes difficultés à décoder et à répondre aux besoins affectifs des enfants.
- L'absence d'expériences de travail
Le fait de ne pas avoir d'expérience de travail accentue l'exclusion sociale.

Les conditions associées aux caractéristiques des enfants : *tempérament irritable, problèmes de comportement*, des problèmes de développement, et d'apprentissage²⁰. Les impacts de la négligence sur l'enfant seront décrits aux pages 15 à 17.

Les troubles d'attachement

« Les troubles d'attachement sont les séquelles de la carence affective précoce, soit un ensemble de comportements contradictoires par lesquels, de diverses façons, les enfants ainsi touchés traduisent tout à la fois leur recherche de l'autre et leur difficulté à faire confiance »²¹. Les enfants touchés par les ruptures et les traumatismes risquent davantage de développer des troubles d'attachement. Dans un contexte de négligence, certains parents peuvent avoir des difficultés à percevoir les besoins de l'enfant, à les interpréter ou à trouver une réponse pour y répondre. Crittenden²² propose des repères très utiles pour mieux adapter nos interventions :

- Non-perception des besoins de l'enfant : les parents n'ont pas d'interaction avec l'enfant, ils ne perçoivent pas les émotions, les enfants finissent par ne plus faire de demandes.

versité du Québec à Trois-Rivières. Avril 2008, p. 23.

19. L.-S. Éthier, C. Biron, M. Boutet et C. Rivest. *Op. cit.*, p. 109-124. 1999.

20. D. DePanfilis. *U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families. Child Abuse and Neglect. Office on Child Abuse and Neglect.* 2006.

21. Y. Gauthier. *L'avenir de la psychiatrie de l'enfant.* Erès. Paris. 2009, p. 88-89.

22. P. Crittenden, *Child Neglect : Causes and Contributors.* Dans Dubowitz H., (Ed), *Neglected Children : Research, Practice and Policy.* Thousand Oaks, Ca : Sage. 1999.

- Interprétation incorrecte des demandes de l'enfant : les parents perçoivent les demandes, mais les évaluent mal et jugent qu'il n'est pas nécessaire de réagir.
- Difficulté à choisir une réponse pour répondre aux besoins : les parents perçoivent et interprètent correctement les émotions et demandes de l'enfant, mais se sentent impuissants à y répondre et à trouver des solutions efficaces.
- Impossibilité d'agir : les parents saisissent les émotions et besoins, ils savent comment y répondre, mais ne peuvent réagir adéquatement en raison d'un environnement chaotique ou d'une désorganisation personnelle (ex. : consommation abusive d'alcool ou de drogue, problème de santé mentale non traité ou non stabilisé, etc.).

Par ailleurs, en ce qui concerne les familles issues des communautés ethno-culturelles, comme indiqué plus haut, les facteurs de risque sont les mêmes, mais ils sont parfois exacerbés :

- Isolement encore plus grand dû au fait que les langues d'usage ne sont pas maîtrisées, que les services ne sont pas connus²³ ou pas accessibles, etc.
- Deuils à plusieurs niveaux : personnel, familial, social, financier, etc.
- Difficultés d'adaptation : rôles différents dans le couple, dans l'éducation des enfants, adaptation au niveau de l'emploi, changement de statut social, solitude et isolement, etc.
- Difficulté à concrétiser le désir de retourner au pays d'origine pour certains.
- Traumatismes, liés par exemple à la guerre.
- Pauvreté : avoir un emploi ne protège pas toujours de la pauvreté. Certains parents sont responsables financièrement de leurs enfants et de leur famille restés au pays d'origine.
- Etc.

Quelques facteurs de risque :

- **Présence de « stresseurs » chroniques**
- **Absence de soutien social et de ressources collectives sur le plan économique, social et culturel ; pauvreté, décrochage scolaire, monoparentalité**
- **Problèmes personnels des parents : santé mentale, toxicomanie, habiletés sociales déficitaires, difficultés cognitives, violence conjugale, abus et traumatismes non résolus**
- **Problèmes des enfants : tempérament irritable, problèmes de comportement, de développement, d'apprentissage**

Voir à l'annexe 2 un tableau des facteurs de risque pour l'enfant, les parents, la famille et l'environnement.

23. Par exemple, les difficultés à expliquer une demande sur le répondeur d'un organisme, si l'on ne parle pas français.

Les facteurs de protection

« L'identification des facteurs de protection s'avère importante puisque la littérature sur la problématique de la négligence insiste sur la pertinence de travailler à partir des forces des individus et des familles. Dans l'intervention, ces facteurs de protection pourront contribuer à aider à formuler certains besoins des familles »

« Par ailleurs, **certains facteurs sont identifiés chez les mères qui ne reproduisent pas le cycle des mauvais traitements** qu'elles ont subis. On constate que l'élément qui rallie ces quatre facteurs de protection est la création de liens significatifs²⁴.

Un adulte aidant

La présence d'un adulte autre que le parent aux prises avec des problématiques associées à la négligence qui interagit de façon positive avec l'enfant permet de transmettre à l'enfant des messages qui diminuent l'impact de ceux transmis par les parents. Ces messages aideront l'enfant à modifier sa perception de lui-même et des autres. Ce peut être un conjoint, un membre de la famille élargie, une personne proche de la famille, un adulte soucieux de l'enfant, etc.

Un partenaire aidant

La présence d'un conjoint aidant qui est le père de l'enfant se révèle être un des facteurs les plus déterminants dans le bris du cycle intergénérationnel. Une attention serait à apporter aux conjoints de mères présentant des incapacités intellectuelles. Ils peuvent compenser les lacunes de la mère.

Une intervention thérapeutique

Une intervention thérapeutique aide de résoudre les traumatismes passés pour atteindre une meilleure maturité et une plus grande stabilité émotionnelle. La prise de conscience de son histoire et la compréhension de l'impact de ses propres traumatismes sur la façon de jouer son rôle de parent peuvent être déterminantes.

Un réseau d'entraide

L'établissement d'un réseau d'entraide permet d'échanger, d'être soutenu dans son rôle de parent et comme personne et d'avoir des modèles²⁵. »

Pour les familles issues de communautés ethnoculturelles, particulièrement pour les nouveaux arrivants, on pourrait ajouter, comme facteur de protection, le fait de pouvoir compter sur des personnes qui facilitent leur adaptation en prenant le temps d'être sensibles et à l'écoute des pertes et traumatismes vécus avant d'aborder et de prendre conscience des gains qu'apporte leur nouvelle réalité. Voici d'autres exemples de facteurs de protection²⁶ :

- Être bien informé sur les lois, dont la LPJ.

24. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). *Op. cit.*, p. 28.

25. S. Young. *Op. cit.*, p. 17-18.

26. *Ibid.*, p. 31.

- Avoir un soutien parental adapté.
- Avoir un réseau d'appartenance et de soutien.
- Participer à la vie communautaire.
- Apprendre le français.
- Avoir un emploi.
- Être reconnu comme citoyen (des parents qui décident de rester illégalement perdent leurs droits : pas de carte d'assurance maladie, pas d'école pour les enfants, etc.)
- Bénéficier de services mieux adaptés aux besoins spécifiques des familles et accessibles.
- Etc.

Quelques facteurs de protection

- Être appuyé par un réseau informel (organismes communautaires, réseau d'entraide et de soutien, associations et regroupements de la communauté, personnes soutien, etc.) et formel (établissements, ex. : CSSS, CJ, hôpitaux et cliniques, écoles, CPE, centres ou organismes dédiés à la réadaptation physique, à la déficience intellectuelle, aux dépendances).
- Avoir des liens affectifs stables et sécurisants autant pour les parents (mère, père, adultes jouant un rôle parental) que pour l'enfant.
- Présence d'un père ou d'une figure paternelle affectueuse, stimulante et sécurisante.
- Recevoir de l'aide pour ses problèmes personnels.
- Avoir des expériences positives d'intégration, de socialisation, d'entraide et de réalisations.

D'autres facteurs de protection peuvent être présents. Voir à l'annexe 3 un tableau des principaux facteurs de protection pour l'enfant, les parents, la famille et l'environnement.

Il est à noter que la littérature et les pratiques cliniques récentes mettent davantage l'accent sur les forces et les facteurs de protection, ce qui aide à promouvoir le développement des **capacités de résilience** et ainsi à réduire les facteurs de risque²⁷. Cette capacité de résilience doit tenir compte du contexte : l'enfant, la famille, la communauté et la culture. Une étude²⁸ portant sur une cohorte d'adultes ayant vécu des stress importants et des traumatismes dans l'enfance, relève sept facteurs qui favorisent la résilience : la capacité d'introspection, l'indépendance, le sens de l'humour, le sens de la spiritualité et de la moralité, la capacité de prendre des initiatives, le sens de la créativité et le fait d'avoir au moins une relation significative valorisante.

27. C. Crosson-Tower, *Understanding Child Abuse and Neglect (7e éd.)*. Boston : Pearson Education Inc / D. DePanfilis, *A guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. Washington : U.S. Department of Health and Human Services, Office on Child Abuse and Neglect, 2006.

28. Wolin & Wolin (1993) dans : Lietz. *Resilience based social learning*, 2004.

1.2.4 Les impacts de la négligence

« La négligence a des conséquences qui peuvent se manifester dans quatre domaines²⁹.

- **L'augmentation des risques de mortalité ou morbidité sur le plan physique**, imputable à des évènements isolés : noyade, suffocation, empoisonnement ou chutes alors que l'enfant est laissé sans surveillance, exposition prénatale à l'alcool ou à d'autres psychotropes, retards de croissance (causés par la malnutrition), lésions et dommages cérébraux causés par des accidents ou par l'absence de soins médicaux.
- **Le risque d'exposition à d'autres formes de mauvais traitements** : la négligence est fréquemment associée à l'apparition ou le maintien d'abus physiques, psychologiques et sexuels de la part des figures parentales ou de l'entourage de l'enfant, ce qui complexifie les défis de développement que l'enfant doit relever.
- **La restriction considérable des occasions normatives de développement cognitif, affectif et social des enfants** : la négligence vient réduire les occasions de participation de l'enfant à une variété de contextes sociaux et éducatifs qui contribueraient à soutenir son développement et même à jouer un rôle compensatoire par rapport aux lacunes des figures parentales.
- **Les séquelles développementales dans quatre domaines** :
 - Le fonctionnement sensoriel et neurocognitif.
 - L'engagement social mutuel et la communication.
 - L'expression et la régulation des affects.
 - L'attachement et les représentations de soi et des autres.

L'annexe 4 présente les séquelles développementales dans les quatre domaines de façon plus détaillée selon les groupes d'âge des enfants : petite enfance, période préscolaire, période scolaire. »

En particulier, on sait que « les enfants maltraités de manière chronique démontrent une plus grande proportion de problèmes comportementaux et émotionnels que leurs pairs maltraités de manière transitoire et ils démontrent davantage un niveau de problèmes considéré comme très élevé, situant ces enfants dans une zone "problématique ou clinique"³⁰. »

Dans certaines situations, « le parent aux prises avec des problématiques en rapport avec la négligence peut devenir une source de peurs et d'insécurité pour l'enfant. Son environnement peut être chaotique et non prévisible. Dans un tel cas, il vit donc des stress importants et développe des liens d'attachement insécurisés et désorganisés. Il peut présenter de l'agressivité, du retrait, un manque d'habiletés sociales, des retards de développement (croissance, langage, cognitif, socialisation, etc.), avoir une image négative de lui-même,

29. Carl Lacharité, Louise Éthier et Pierre Nolin. *Op. cit.*, p. 388-389.

30. L.-S. Éthier, L. Bourassa, U. Klapper et M. Dionne. *L'évolution des familles négligentes : chronicité et typologie*. [Rapport de recherche FQRSC. GRIN/UQTR]. 2006, p. 7.

etc. Les adolescents négligés abandonnent davantage leur scolarité, distinguent peu les affects (tristesse et joie). Ils présenteraient davantage de psychopathologies (Erickson et Egeland, 2002). »

En général, on constate que « les traumatismes de l'enfant sont associés aux problèmes de comportement internalisés (timidité, retrait, etc.) et externalisés (agressivité, hyperactivité, etc.). Les traumatismes vécus en bas âge entraîneraient une désorganisation du comportement social de l'enfant³¹. »

On observe aussi que l'absence de contacts avec la figure d'attachement ou la présence de parents « détachés » entraînerait des effets plus néfastes que la violence, où les parents ont des exigences élevées, voire irréalistes, mais demeurent plus engagés.

Les conséquences à long terme sont donc très graves. Selon l'âge de l'enfant, la fréquence, la gravité de la négligence, les impacts sur son développement auront une influence certaine sur sa capacité de devenir un adolescent, puis un adulte équilibré, responsable, capable de s'impliquer au niveau des relations interpersonnelles et de se réaliser. Dans les cas de négligence grave, l'enfant devenu un parent risque de reproduire des gestes de négligence et d'être aux prises avec des conditions de vie adverses qui favorisent la négligence.

L'annexe 5 présente les types d'attachement et les réactions des enfants, des parents et les liens avec leur enfance.

Certains impacts possibles de la négligence

- **Traumatisme relationnel chez l'enfant : contexte d'une relation parent-enfant où le parent cause des états traumatiques chez l'enfant. Présence de symptômes traumatiques chez l'enfant et le parent.**
- **Augmentation des risques de mortalité ou de morbidité sur le plan physique.**
- **Risque d'exposition à d'autres formes de mauvais traitements.**
- **Restriction considérable des occasions normatives de développement cognitif, affectif et social.**
- **Séquelles développementales.**

31. L.-S. Éthier, L. Bourassa, U. Klapper et M. Dionne. *Op. cit.*, p. 24.

1.2.5 La gradation de la problématique

« La négligence se définit selon des paramètres de durée, d'intensité et selon des domaines affectés. Ainsi, on identifie un continuum de sévérité et de chronicité. La **négligence circonstancielle** survient suite à un évènement ponctuel perturbateur de la vie familiale (par exemple : divorce, maladie d'un parent, etc.). Tandis que la **négligence chronique** persiste pendant une longue période et se reproduit souvent de génération en génération. Elle est la forme de négligence la plus préoccupante et présente le pronostic le moins favorable³². »

Le continuum de sévérité et de chronicité en négligence nous permet de fixer des repères pour mieux comprendre la clientèle, mais non pour identifier la clientèle d'un établissement ou d'un autre.

« Les familles évoluent et régressent et peuvent passer d'un niveau de chronicité à l'autre dans le continuum : négligence chronique à circonstancielle. Le programme peut s'adresser à l'ensemble des familles, car elles peuvent avoir besoin de chacun des établissements en fonction de leur mission et de leurs mandats. Tout le réseau doit se préoccuper du bien-être de l'enfant et soutenir les parents à répondre aux besoins de l'enfant³³. » C'est à partir de l'analyse des besoins, de la durée, de la fréquence et de l'intensité des problèmes, que les services seront adaptés.

Le continuum distingue la négligence circonstancielle et la négligence chronique : la première est une négligence situationnelle et périodique et la seconde constitue une forme récurrente ou installée.



La clientèle de la négligence situationnelle

« La famille traverse une période de sa vie caractérisée par des évènements ou des bouleversements qui briseront un équilibre, peut-être fragile, mais qui avait pourtant sa place auparavant. Dans ce contexte, la sécurité ou le développement des enfants « pourrait être » compromis. La négligence est alors circonstancielle. On est le plus souvent capable, auprès de ce type de clientèle, d'identifier un ou des évènements ponctuels qui auront pour conséquence de perturber le mode de vie familiale³⁴. »

32. L.-S. Éthier, L. Bourassa, U. Klapper et M. Dionne. *Op. cit.*

33. *Ibid.*, p. 10.

34. Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. *Guide de pratique - Intervention psychosociale en négligence auprès des usagers 6-13 ans*. Mars 2006, p. 1.

Exemples de services

Des interventions régulières à court terme visent à résoudre la situation, puis des interventions ponctuelles assurent une stabilisation. L'intervention se situe à un niveau de renforcement positif, de prévention de rechutes ou de difficultés et d'une prise de conscience de l'effet positif sur l'enfant et sur l'ensemble de la famille, ainsi que des efforts déployés à l'égard des différentes cibles d'intervention³⁵.

Les interventions à la maison ou la vérification auprès de partenaires permettront de s'assurer :

- du maintien et de la persistance dans l'utilisation de moyens pour assurer la sécurité et du développement de l'enfant ;
- de l'évolution positive de la relation parents-enfant ;
- de l'amélioration de l'état psychologique et ;
- de l'intégration dans la communauté.

La clientèle de la négligence périodique

« La famille a connu des périodes de vie fonctionnelles qui nous indiquent qu'elle possède des capacités. Les membres de la famille présentent des expériences passées, des ressources internes et externes de même que des conditions de vie plus favorables et moins désorganisées que les clientèles des deux prochains niveaux³⁶. »

« On retrouve le plus souvent des problèmes sur plus d'un aspect et des difficultés qui peuvent s'être déjà manifestées dans le passé, sans pour autant parler à cette étape de chronicité. »

Exemples de services

Des interventions régulières à la maison pour accompagner les parents et l'enfant en fonction des trois axes d'intervention figurant dans le programme-cadre en négligence ; axe enfants, parents, réseaux (qui seront explicités dans la partie 3) et des contacts réguliers avec les partenaires déjà impliqués ou qui auront à s'impliquer. L'intervention se situe à un niveau de renforcement des forces personnelles des parents et de l'enfant, du développement de compétences dans des secteurs plus faibles et accompagnement pour généraliser les apprentissages.

La clientèle de la négligence récurrente

« La négligence est la résultante de lacunes, sur le plan des ressources internes et externes, des parents à exercer leurs rôles. On se questionne ici sur le potentiel de répondre aux besoins physiques, affectifs, éducatifs et sociaux de la

35. S. Young. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. *Modélisation. Programme négligence. Montréal. 2006*, p. 13-14.

36. Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, *Op. cit.*, p. 2.

famille. L'ouverture à l'intervention pourra être présente et offrir une perspective intéressante pour le changement. Le défi se traduit dans la mise en action, au quotidien, pour apporter les correctifs voulus, contrecarrer les habitudes et les modèles appris³⁷. »

Exemples de services

Des interventions régulières à la maison et avec les partenaires selon une fréquence importante. La sécurité de l'enfant doit faire l'objet d'une surveillance accrue. Les services doivent permettre aux parents d'améliorer rapidement leurs conditions de vie. Le soutien des différents réseaux et leur implication doivent être significatifs. Par rapport à la relation parents-enfant, un accent est mis pour que les parents et l'enfant partagent d'abord des moments positifs ensemble. Par la suite, un accompagnement à travers le quotidien visera à l'amélioration des compétences parentales et des habiletés de l'enfant. L'accompagnement des parents par rapport à leur état psychologique et à leur intégration dans la communauté visera à les amener à trouver des réponses à leurs besoins principalement dans la communauté³⁸.

La clientèle de la négligence installée

« La clientèle présente des lacunes sur le plan des ressources internes et externes qui influencent sa motivation ainsi que l'exercice des fonctions parentales³⁹. »

« Le pronostic concernant la diminution des conduites négligentes est plus sombre. Les parents présentent peu de motivation à modifier la situation. Un doute important est présent quant à leurs capacités à le faire. »

Exemples de services

Des interventions qui offrent des situations d'apprentissage et qui permettent de mesurer la capacité des parents à développer des compétences et la capacité du milieu à les appuyer. Après avoir tout tenté pour maintenir l'enfant dans son milieu, si les capacités des parents et du milieu ne permettent pas de répondre aux besoins de l'enfant, il faut préparer ceux-ci à définir un projet de vie pour l'enfant. Des interventions viseront à clarifier le projet de vie au besoin.

37. Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, *Op. cit.*, p. 2-3.

38. S. Young. Modélisation Programme négligence, *Op. cit.*, p. 13-14.

39. Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, *Op. cit.*, p. 3.

40. S. Young. Programme-cadre montréalais en négligence : La compréhension de la problématique de la négligence. *Op. cit.*, p. 29.

« Dans certains contextes, les parents ont de la difficulté à actualiser les stratégies qu'ils connaissent. Ils ont besoin d'être « coachés ». Le point de départ doit toujours être la réponse aux besoins de l'enfant et son intérêt. Nous devons être créatifs pour rejoindre les parents et les amener à répondre à leurs besoins personnels et ceux en tant que parents afin d'être davantage disponibles pour les enfants.⁴⁰ » Pour aider les familles, il faut comprendre leur réalité, trouver ce qui les mobilise, les encourager à reprendre du pouvoir sur leur vie et négocier des solutions.

Rappelons qu'**en tout temps, une demande de consultation** auprès des services Rétention et traitement des signalements-Urgence sociale ou Évaluation-Orientation, et/ou **un signalement** (à RTS-US) peuvent être faits en cas d'inquiétudes ou de questionnements sur la situation d'un enfant.

1.2.6 La notion de projet de vie de l'enfant

« La notion de projet de vie de l'enfant réfère à deux dimensions ; la dimension physique, c'est-à-dire un milieu de vie, un lieu d'appartenance et une dimension dynamique, soit une personne significative avec qui l'enfant vit et peut développer un lien d'attachement.⁴¹ »

« L'attachement est surtout une question de sentiment de sécurité chez l'enfant, d'investissement relationnel de la part du parent, de régulation affective et d'empathie (où la proximité, l'engagement, la réciprocité, la chaleur, la protection et la prévisibilité jouent un rôle important)⁴².

La théorie de l'attachement met bien en lumière l'importance du développement d'un lien émotif entre l'enfant et ses parents. Ce lien vécu dans un milieu de vie chaleureux, sécurisant et stimulant contribuera au bon développement de l'enfant. C'est pourquoi, peu importe la ou les problématiques en présence, nous devons toujours nous assurer que le projet de vie de l'enfant est établi et actualisé. Dans certaines situations, il peut y avoir des questionnements sur le projet de vie de l'enfant. En effet, « le risque de discontinuité et d'instabilité dans les conditions de vie de l'enfant peut se traduire de différentes façons :

- L'abandon formel par les parents.
- La situation de délaissement : les parents ne posent pas de gestes concrets suffisants pour assurer un milieu de vie stable et permanent à l'enfant.
- L'incapacité parentale : les parents présentent des limites qui font en sorte qu'ils ne peuvent assurer un milieu de vie stable et permanent à l'enfant »⁴³.

41. A. St-Jean. *Guide de soutien à la pratique dans le cadre de la détermination d'un projet de vie*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2009, p. 3.

42. Association des centres jeunesse du Québec. *Cadre de référence au cœur de l'intervention : l'attachement et la relation*. Montréal, 2011.

43. Ibid., p. 1-2.

Même s'il faut se préoccuper du projet de vie de l'enfant à tout âge, plus l'enfant est jeune, plus l'on doit intervenir rapidement, en raison des conséquences sur le développement de l'enfant.

La première façon envisagée pour assurer la continuité et la stabilité à un enfant est qu'il puisse être maintenu dans son milieu familial. Tous les efforts doivent être tentés et toutes les ressources disponibles doivent être mobilisées pour tâcher d'abord de venir en aide aux familles en difficulté pour que les enfants puissent y grandir en sécurité.

Les programmes d'intervention doivent permettre de dépister rapidement les enfants à risque ou en voie d'abandon ou ceux dont les parents présentent de faibles capacités, afin de leur offrir le plus tôt possible un milieu de vie stable.

1.2.7 L'ampleur du phénomène

Les données accessibles proviennent du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw. Trois tableaux illustrent l'ampleur du phénomène. Le premier expose les cas dont les signalements sont retenus, compromis, non compromis et à l'application des mesures aux CJF Batshaw et CJM-IU en vertu des articles de loi sur la négligence, le risque de négligence et les mauvais traitements psychologiques (2010-2011). Le deuxième tableau présente les proportions de cas signalés par rapport à une population de 1000 jeunes (2010-2011). Le troisième tableau met en lumière les différences entre chaque CSSS, pour la clientèle francophone et anglophone, en comparant les cas évalués compromis en vertu des articles sur la négligence, le risque de négligence et les mauvais traitements psychologiques (2010-2011)⁴⁴.

En 2010-2011 (1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011), pour les 0-17 ans, nous présentons le nombre et le pourcentage de cas de négligence, risque de négligence et de mauvais traitements psychologiques où tous les alinéas sont considérés (les spécifications sont données pour chaque tableau). Voici quelques indications aidant à comprendre les tableaux. Par cas retenus, nous entendons les signalements qui sont retenus pour évaluation afin de déterminer si la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis ou pas. Les colonnes « Sécurité et développement compromis » et « Sécurité et développement non compromis » indiquent les cas où l'évaluation du signalement conclut que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis, ou non compromis. Quant à la colonne « Application des mesures », les données indiquent tous les cas en cours. C'est pourquoi ils sont beaucoup plus que nombreux que ceux où la sécurité et le développement sont compromis. Des données plus précises pour chacun des territoires de CSSS sont disponibles⁴⁵.

44. Pour dénombrer les différentes formes de négligence, nous avons tenu compte des **données de négligence, risque de négligence et de mauvais traitements psychologiques**. Ces derniers sont à considérer à titre de négligence émotionnelle, dans la mesure où ils sont causés par des gestes d'omission. Ce ne sont donc pas tous les cas de mauvais traitements psychologiques qui constituent une forme de négligence.

45. S. Young. Programme-cadre Montréalais en négligence : *Situation montréalaise en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté le 17 septembre 2012. Montréal. Centre jeu-

Tableau 1**Données clientèle, cas de négligence, risque de négligence, mauvais traitements psychologiques, 0-17 ans, 2010-2011⁴⁶**

	Signalements retenus	Signalements évalués : sécurité et développement compromis	Signalements évalués : sécurité et développement non compromis	Applications des mesures
CJM-IU	1897 68 %	784 65 %	910 73 %	2139 75 %
CJF Batshaw	912 32 %	414 35 %	329 27 %	720 25 %
Total pour tous les territoires de CSSS	2809	1198	1239	2859

Le tableau 1 indique le nombre de cas depuis les signalements retenus jusqu'à l'application des mesures.

Commentaires sur le tableau 1

Le CJM-IU traite 75 % des cas à l'application des mesures pour négligence, risque de négligence et mauvais traitement psychologique, pour les 0-17 ans, pour la période 2010 à 2011, et le CJF Batshaw 25 %.

Parmi les 2 809 signalements retenus, dans 1 198 cas, l'évaluation conclut que la sécurité et développement sont compromis, ce qui représente 42,6 %.

Tableau 2**Données sur le nombre de signalements dans chaque CSSS pour une population de 1 000 jeunes⁴⁷**

CSSS	Nombre enfants et jeunes 0-17 ans ⁴⁸	Nombre de signalements 2010-2011	Signalements/1000
Sud-Ouest - Verdun	24 300	1 159	47,70
Lucille-Teasdale	25 975	1 234	47,51
Ahuntsic - Montréal-Nord	31 310	1 394	44,52
Pointe-de-l'Île	38 090	1 593	41,82
Saint-Léonard - Saint-Michel	26 345	1 029	39,06
Dorval-Lachine-LaSalle	25 390	909	35,80



nesse de Montréal-Institut universitaire. 2012, p. 20.

46. Ibid., p. 20.

47. Ibid., p. 24.

48. Données tirées de Recensement 2006, Statistiques Canada.

CSSS	Nombre enfants et jeunes 0-17 ans ⁴⁸	Nombre de signalements 2010-2011	Signalements/1000
Cœur-de-l'Île	16 295	525	32,22
Jeanne-Mance	16 300	516	31,66
Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent	27 540	565	20,52
Cavendish	23 080	403	17,46
De la Montagne	40 885	648	15,85
Ouest-de-l'Île	50 935	603	11,84
Total	346 445	10 578	30,53

Le tableau ci-dessus indique la proportion de signalements sur une population de 1000 jeunes par CSSS (tous les types de signalements sont considérés).

Commentaires sur le tableau 2

- Les cinq CSSS qui comptent les **proportions les plus fortes de signalement** pour une population de 1000 jeunes sont : Sud-Ouest - Verdun, Lucille-Teasdale, Ahuntsic - Montréal-Nord, Pointe-de-l'Île, Saint-Léonard - Saint-Michel.
- Les cinq CSSS où le **taux de signalement par 1 000 jeunes est le moins élevé** sont : Jeanne-Mance, Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent, Cavendish, de la Montagne et Ouest-de-l'Île.

Tableau 3

Clientèle francophone et anglophone, par CSSS, pour les cas dont la sécurité et le développement sont compromis (Données CJF Batshaw et CJM-IU, 2010-2011)

CSSS	Clientèle francophone	Clientèle anglophone	TOTAL
Pointe-de-l'Île	154	12	166
Sud-Ouest - Verdun	80	69	149
Dorval-Lachine-LaSalle	39	87	126
Ahuntsic - Montréal-Nord	99	14	113
Lucille-Teasdale	104	4	108
De la Montagne	53	54	107
Ouest-de-l'Île	27	65	92
Saint-Léonard - Saint-Michel	66	9	75
Cavendish	9	49	58
Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent	40	14	54
Cœur-de-l'Île	39	10	49
Jeanne-Mance	35	11	46

La réalité particulière de Montréal fait en sorte que les services sont donnés aux clientèles francophones et anglophones. Nous avons comparé les cas dont l'évaluation est terminée, où les faits s'avèrent fondés et la sécurité compromise pour les 0-17 ans, selon les articles de loi portant sur la négligence, le risque de négligence et les mauvais traitements psychologiques durant la période 2010-2011.

Commentaires sur le tableau 3 :

- La **clientèle anglophone** est **plus nombreuse** dans les 5 CSSS suivants : Dorval-Lachine-Lasalle, Sud-Ouest-Verdun, Ouest-de-l'Île, De la Montagne, Cavendish.
- La **clientèle francophone** est **plus nombreuse** dans les 5 CSSS suivants : Pointe-de-l'Île, Lucille-Teasdale, Ahuntsic - Montréal-Nord, Sud-Ouest-Verdun, Saint-Léonard - Saint-Michel.
- Au total, ce sont les CSSS Pointe-de-l'Île, Sud-Ouest - Verdun, Dorval-Lachine-LaSalle, Ahuntsic - Montréal-Nord et Lucille-Teasdale (le CSSS de la Montagne n'est pas loin) qui comptent le plus de **cas où la sécurité et le développement sont compromis**.

Pour en savoir plus sur la compréhension de la problématique, consulter :

S. Young, Programme-cadre montréalais en négligence : *La compréhension de la problématique en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services jeunes en difficulté le 11 mai 2011. Montréal. Centre jeunesse institut universitaire. 2011.

Pour en savoir plus sur les portraits des populations des territoires de CSSS et sur les données clientèle, consulter :

S. Young, Programme-cadre montréalais en négligence : *La situation montréalaise en négligence*. Op. cit.

Les documents sont disponibles, en ligne, via le RTSS, dans la *Collection numérique des centres jeunesse du Québec*. Pour plus d'informations sur la *Collection*, n'hésitez pas à communiquer avec la Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) – Tél. : 514 896-3396.

LES BASES DU PROGRAMME-CADRE MONTRÉALAIS EN NÉGLIGENCE

2

2.1 Consensus sur les principes cliniques et sur valeurs des établissements

Le programme étant sous la responsabilité des CSSS en collaboration avec les CJ, les principes cliniques et les valeurs présentés ci-après concernent directement les CSSS et les CJ dans leurs interactions (intra-établissements et inter-établissements), mais aussi avec les différents partenaires.

Il est très intéressant de constater les similitudes entre les principes cliniques et les valeurs des divers établissements, présentés ci-après, et ceux de la clientèle, présentés à la section 2.2.

La clientèle et les intervenants, de même que les établissements, ont à relever des défis similaires pour composer avec les difficultés en relation avec la négligence. La réalité de chacun étant mieux perçue, nous avons la conviction qu'il est important d'assurer une cohérence et une fluidité dans les actions de tous, à partir d'une vision commune. Cette vision s'actualise dans les principes cliniques et des valeurs. Voici les quatre valeurs que nous proposons.

Respect-engagement-collaboration-rigueur

2.1.1 Principes cliniques des établissements

- Les établissements adhèrent à une vision commune de la négligence et assurent la cohérence et la complémentarité des actions, autant à un niveau intra-établissement (entre les différents services et programmes), qu'inter-établissements.
- Les établissements assurent, de façon privilégiée, le soutien aux acteurs, la continuité relationnelle pour les clients et la continuité des interventions.

- Les établissements s’engagent à faire partie de la solution. Pour ce faire, ils mettent à contribution leurs compétences et expertises, ils se soutiennent entre eux et ils appuient la communauté afin de mettre en place un réseau de soutien pour les familles aux prises avec des difficultés liées à la négligence¹.
- Chaque établissement s’assure que les liens et les services sont bien en place avant de se retirer pour éviter une interruption de services.
- Les établissements agissent avec rigueur et engagement afin d’offrir des services de qualité, intégrés et adaptés à la réalité montréalaise, dans le respect des diversités ethnoculturelles².
- Les établissements élaborent un plan d’intervention pour chaque famille à qui ils offrent des services.
- Les établissements élaborent un plan de services pour les familles qui reçoivent des services de plus d’un établissement.

2.1.2 Valeurs et attitudes à privilégier entre établissements et entre intervenants

- **« Respect »** : il s’agit d’accorder de la considération aux partenaires et collègues, quelles que soient leurs réalisations, leurs expertises, leurs différences et leurs limites. Pour ce faire, chacun fait preuve d’écoute, d’ouverture et d’empathie à l’égard des autres, reconnaît et souligne les efforts, les forces et la contribution de chacun. Le respect va de pair avec la courtoisie, la diligence, la confiance et la discrétion.
- **L’engagement** : l’engagement demande l’adhésion et la contribution de chacun à l’égard de la réalisation des principes, valeurs et objectifs du programme-cadre. Il implique que chacun ait le désir de faire partie de la solution pour le mieux-être des familles, adhère aux principes de l’amélioration continue et reconnaisse les responsabilités de chacun. Il s’agit de travailler ensemble, au bon moment, avec les bonnes personnes selon les besoins de l’enfant et de sa famille.
- **La collaboration** : la collaboration se fonde sur la reconnaissance et le respect des compétences de chacun. Elle met l’accent sur la transparence dans les relations, le soutien mutuel, le travail d’équipe, la collaboration interdisciplinaire et le partenariat pour aider les enfants, les jeunes et leur famille. Elle souligne la force et l’intérêt de faire équipe et de tisser des alliances pour trouver ensemble les meilleures solutions.
- **La rigueur** : la rigueur fait appel à la discipline et à l’intégrité des personnes, dans un souci de justesse, d’exactitude et de précision. Elle implique les notions d’équité, d’imputabilité, de confidentialité et de respect des lois,

1. Planification stratégique 2011-2014. Document synthèse. CJM-IU 2011 et Plan d’organisation 2011-2014 du CJF Batshaw.

2. Ibid.

règlements, politiques et normes qui régissent le travail, ainsi qu'une recherche de la qualité des services. La rigueur fait également appel à l'exercice du jugement, à l'initiative et à la créativité³ ».

2.2 Consensus sur les principes cliniques et les valeurs à l'égard de la clientèle

2.2.1 Principes cliniques pour l'intervention directe auprès de la clientèle

- **Développer une vision commune des besoins des enfants et des parents.** Ceci implique d'avoir un langage commun, de placer le bien-être de l'enfant et de la famille au centre des préoccupations, d'évaluer les besoins des enfants et des parents à partir des mêmes références, de considérer une vision écosystémique de la négligence, de prendre en compte le phénomène d'exclusion sociale et de considérer les besoins propres aux communautés culturelles. On met l'accent sur les interrelations entre l'enfant, son entourage (famille immédiate, élargie, etc.) et la communauté plutôt que sur les comportements individuels.
- **Faire alliance avec les enfants et les mères, pères, conjoints(es), famille élargie, personnes significatives.** Le défi consiste à établir des relations de confiance, porteuses d'espoir, tout en restant centré sur les besoins des enfants. Ces relations s'établiront dans la mesure où :
 - on affirme la primauté de l'intérêt de l'enfant
 - on tient compte de la perception de l'enfant et de celle des parents
 - la présence et l'intensité sont au rendez-vous
 - un cadre sécurisant est offert
 - des moyens sont pris pour mobiliser les familles
 - les moyens utilisés font preuve de souplesse
 - la stigmatisation et l'exclusion sont évitées dans la mesure du possible et
 - les barrières linguistiques sont surmontées.

Avec les familles issues de communautés ethnoculturelles, on devra prendre le temps de comprendre leur réalité ou leur perception quant à leurs valeurs, leurs croyances, leurs références culturelles, le sens de leurs comportements, leur parcours migratoire, etc.

- **Utiliser une approche centrée sur les forces de la famille.** Il s'agit de porter attention autant aux facteurs de risque qu'aux facteurs de protection. On fait appel aux compétences des enfants, des parents et de la communauté. La participation des enfants et des parents est favorisée tout au long du processus d'intervention, de même que les réussites d'inclusion.
- **Travailler sur plusieurs cibles d'intervention.** Les défis à relever sont gradués. Les cibles des interventions établies avec l'enfant, les parents et la

3. Ibid.

famille sont : des services directs aux enfants, de l'aide concrète aux parents eu égard à leurs conditions de vie, du soutien aux parents pour améliorer leur disponibilité affective, leurs compétences parentales et leur intégration sociale, ainsi que la mobilisation du réseau informel et le développement du réseau formel⁴.

2.2.2 Principes cliniques en relation avec l'organisation des services

- **Intervenir tôt et sur une période de temps suffisamment longue.** Il convient d'intervenir en priorité, depuis la conception de l'enfant jusqu'à son entrée à l'école pour stimuler son développement et de poursuivre le soutien au développement durant le reste de son cycle de vie, surtout de 6 à 12 ans, période propice aux apprentissages et à l'établissement de relations avec l'entourage. On recommande que l'intervention en négligence s'étende sur 2 années.
- **Intégrer les services et les pratiques.** Une programmation d'interventions multisectorielles selon un modèle circulaire et systémique est mise en place progressivement. Les intervenants sont soutenus : formation, supervision et lieux d'échanges sur la gestion des cas et des émotions pour favoriser la stabilité et la continuité auprès des familles.
- **Avoir plusieurs modalités d'intervention.** Afin de bien rejoindre la clientèle et de mieux répondre à leurs besoins, des interventions en individuel, en famille et en groupe peuvent s'avérer pertinentes. L'utilisation de différents médiums doit viser le développement des forces, des compétences et du mieux-être.

2.2.3 Valeurs et attitudes à privilégier avec la clientèle

- **Le respect :** chaque intervenant tente d'établir une relation de confiance avec la clientèle, ce qui implique d'être à l'écoute des besoins, des réalités, des forces et des difficultés, de chercher à comprendre, de doser les défis, de négocier des solutions dans l'intérêt des enfants. De plus, pour établir une relation de confiance, il importe de veiller aux enjeux relationnels.
- **L'engagement :** cela consiste à être présent auprès des familles, être congruent, s'impliquer dans la recherche de solutions, être actif et créatif, chercher à faire cheminer la clientèle dans son processus de changement, la mobiliser et la soutenir pour qu'elle reprenne du pouvoir sur sa vie.
- **La collaboration :** il s'agit de reconnaître et de respecter les compétences et les forces de chacune des personnes. On met l'accent sur la transparence dans la relation et dans les interventions, sur l'importance de tenir compte

4. Réseau informel : organismes communautaires, réseau d'entraide et de soutien, associations et regroupements de la communauté, personnes soutien, etc.

Réseau formel : établissements comme les CSSS, les CJ, les hôpitaux et cliniques, les écoles, les CPE, les centres ou organismes dédiés à la réadaptation physique, à la déficience intellectuelle, aux dépendances, etc.

du point de vue et du vécu de l'enfant et des parents, et sur le soutien des familles pour établir leurs besoins, leurs solutions et leur participation aux décisions.

- **La rigueur** : l'intervenant fait preuve de justesse, d'équité, d'imputabilité des interventions dont il est responsable, et de respect des politiques et procédures.

Principaux principes cliniques, valeurs et attitudes

- Avoir une vision commune de la négligence, des besoins des enfants et des parents
- Favoriser la continuité relationnelle
- Faire partie de la solution
- Faire alliance avec les établissements et avec les familles
- Utiliser les forces du réseau et des familles
- Travailler ensemble sur plusieurs cibles
- Intégrer les services et les pratiques
- Échanger avec les familles pour trouver les meilleures solutions pour elles
- Traduire nos valeurs de respect, engagement, collaboration et rigueur dans des actions concrètes.

2.3 But et objectifs du programme

2.3.1 Le but du programme

Comme l'indique le ministère dans son document « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, les attentes sont à l'effet :

« Que les CSSS, en collaboration avec les CJ, offrent un programme en négligence, qui inclut un ensemble d'interventions multidimensionnelles, diversifiées, constantes et de longue durée auprès des parents aux prises avec la négligence et leurs familles qui visent le maintien ou la réintégration des enfants dans leur milieu familial.⁵ »

2.3.2 La clientèle visée

Le programme-cadre s'adresse aux enfants de 0-11 ans, aux parents et aux familles ayant les caractéristiques suivantes :

- Familles aux prises avec la négligence situationnelle, périodique, récurrente ou installée.

5. MSSS. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Offre de service 2007-2012. Éditions par la direction des Communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2007, p. 29.

- Enfants dont la sécurité et le développement sont compromis ou qui risquent de l'être au sens des articles de loi sur la négligence, le risque de négligence et certains cas de mauvais traitements psychologiques.
- Enfants qui vivent ou non dans leur milieu familial, dont les parents demeurent impliqués dans la vie de l'enfant et dont le projet de vie est le milieu naturel.

2.3.3 L'objectif général

Donner aux enfants ciblés dans le programme une réponse optimale à leurs besoins fondamentaux, c'est-à-dire d'ordre personnel, physique, éducatif et psychologique, par l'entremise de leurs parents (père, mère, personnes jouant un rôle parental ou personnes significatives) et de la communauté.

2.3.4 Les objectifs propres aux établissements

Les objectifs des établissements sont liés à leurs responsabilités, en vue d'appuyer la réalisation du programme-cadre. Ces objectifs sont définis par rapport à la clientèle, aux intervenants et au réseau.

En rapport avec la clientèle	En rapport avec les intervenants	En rapport avec le réseau
Que les établissements ciblent la clientèle susceptible de profiter du programme.	Que les établissements favorisent le plus possible la continuité relationnelle entre les intervenants et les clients. Que les établissements assurent le soutien professionnel requis aux intervenants pour rompre l'isolement, favoriser le travail d'équipe, et permettre l'objectivation.	Que les établissements favorisent le partenariat avec les différents acteurs en s'appuyant mutuellement et en partageant une responsabilité collective à l'égard de la clientèle. Que les établissements gèrent les changements de pratique et implantent graduellement le programme.

2.3.5 Les objectifs du programme-cadre

Les objectifs du programme-cadre précisent ce que l'on attend en rapport avec les enfants, les parents et le réseau.

En rapport avec les enfants	En rapport avec les parents	En rapport avec les réseaux
<p>Que l'enfant améliore sa santé, ses soins personnels, ses comportements sécuritaires et relations sécuritaires.</p> <p>Que l'enfant, selon son niveau de développement, améliore son fonctionnement, diminue ses retards de développement et développe des liens affectifs significatifs avec au moins une personne, etc.</p> <p>Que l'enfant ait des lieux et des occasions enrichissantes de socialisation et de participation sociale à l'intérieur de la communauté.</p> <p>Que l'enfant s'adapte à son milieu éducatif : milieu de garde, école.</p> <p>Que l'enfant vive des expériences alternatives de développement adaptées à ses besoins et à ses difficultés afin de composer avec sa vie socio-affective.</p>	<p>Que les parents se mobilisent davantage pour répondre à leur besoin comme parent et comme personne.</p> <p>Que les parents répondent aux besoins physiques (soins de base, sécurité), affectifs et éducatifs des enfants (rôle parental) et aient une attitude positive avec l'enfant (se montrer chaleureux et affectueux, valoriser l'enfant, s'intéresser à ses réalisations, se montrer patient, tolérant, avoir des attentes réalistes, etc.).</p> <p>Que les parents se sentent plus efficaces et améliorent leur bien-être personnel.</p>	<p>Que le réseau informel⁶ se mobilise pour créer des liens significatifs, réguliers et stables avec au moins une figure parentale et l'enfant.</p> <p>Que les CSSS et CJ en collaboration avec les partenaires des différents réseaux apportent de l'aide concrète aux familles par rapport aux conditions de vie : besoins en logement, nourriture, vêtements, aide-ménagère, emploi, études, loisirs, etc.</p> <p>Que les CSSS et CJ en collaboration avec les partenaires des différents réseaux soutiennent les parents dans leur intégration sociale et leur adaptation à la réalité québécoise.</p> <p>Que le réseau formel se développe pour faciliter l'accès aux services et favoriser le partenariat.</p>

2.4 Un modèle circulaire de promotion-prévention-intervention-protection pour la clientèle aux prises avec des difficultés liées à la négligence

L'intervention doit être multidimensionnelle et porter sur plusieurs cibles simultanément ou successivement⁷. **Les familles présentant des difficultés liées à la négligence ont besoin d'avoir accès à des activités autant de promotion, de prévention que d'intervention.** De plus, pour certaines, des **interventions de protection** seront nécessaires. C'est pourquoi il importe d'assurer des liens entre les intervenants issus des différents établissements et organismes afin que les familles profitent au maximum de tout ce qui doit leur être offert. De même, à l'intérieur d'un même établissement, la clientèle aura besoin d'avoir accès à différents services (santé mentale adulte, SIPPE, programme en négligence, etc.).

6. Réseau informel : organismes communautaires, réseau d'entraide et de soutien, associations et regroupements de la communauté, personnes soutien, etc.

Réseau formel : établissements comme les CSSS, les CJ, les hôpitaux et cliniques, les écoles, les CPE, les centres ou organismes dédiés à la réadaptation physique, à la déficience intellectuelle, aux dépendances, etc.

7. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Faire la courte échelle pour atteindre l'inaccessible face à la négligence. Février 2005, p. 25.

« Le modèle circulaire de la promotion, prévention, intervention, protection »⁸ reconnaît l'importance de tous ces types d'activités pour répondre aux besoins de la clientèle visée par le programme-cadre montréalais en négligence. Celui-ci servira surtout pour l'intervention et la protection et facilitera la collaboration avec les intervenants agissant au niveau de la promotion et de la prévention.

Par ailleurs, il est établi que certaines familles éprouvant des difficultés ne feront pas de demandes d'aide et n'iront pas vers les services. Il est donc d'autant plus important de les rejoindre par le biais d'activités de promotion et de prévention pour éviter que leur situation s'aggrave. En élargissant le filet de sécurité dans la communauté, les enfants se développeront mieux, seront en sécurité et pourront être orientés, au besoin, vers des activités plus spécialisées, voire vers des activités de protection.

Voici les définitions des activités de promotion, prévention, intervention et protection.

Les activités de promotion « incluent des actions qui visent à influencer les déterminants de la santé et du bien-être pour permettre aux individus, aux familles, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé et leur bien-être par l'amélioration de leurs conditions de vie et leurs modes de vie »⁹. Les activités de promotion s'adressent à tous les enfants et à tous les parents.

Exemples : campagnes d'information par radio, journaux, lettres, site web (etc.) sur les saines habitudes de vie, pratiques parentales, sensibilisation à la tolérance (etc.), mesures pour assurer les logements salubres, emplois.

Les activités de prévention : « la prévention englobe des activités qui visent avant tout à réduire les facteurs de risques associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes hâtifs des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux¹⁰. » Les activités de prévention s'adressent aux enfants et aux parents à risque.

Un exemple : les SIPPE

À titre d'exemple, les **SIPPE** (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) visent des objectifs de promotion et de prévention et ils visent aussi à joindre précocement des familles vivant dans des conditions de vulnérabilité (des conditions socio-économiques défavorables). Ces familles peuvent aussi vivre des difficultés dont des situations de négligence. Selon une étude récente¹¹, la collecte de données visant 1671 familles suivies par les SIPPE à Montréal indique qu'il y a présence ou soupçon de négligence rapporté pour 19 % des cas. Parmi ces familles, pour lesquelles il y a

8. Ce modèle s'inspire du modèle en gradins utilisé dans le programme Triple P développé en Australie. Actuellement, c'est le seul système d'intervention de soutien parental à niveaux multiples mis en œuvre à l'échelle d'une population. Pour en savoir plus, consulter le document : Young, S., Programme-cadre montréalais en négligence.

9. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme de la santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, p.19.

10. Ibid.

11. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, De Blois, S. *Vers une articulation montréalaise entre les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et le programme d'intervention en négligence*, Montréal, Juillet 2012. P.12

négligence ou risque de négligence, 68 % vivent au moins une autre difficulté (autres formes de maltraitance, dépendance, déficience intellectuelle, troubles de santé mentale, violence conjugale). Comme le précise le rapport¹², ces données viennent appuyer certaines suggestions : la nécessité que l'intervention soit plus intensive, que s'ajoutent des services ou des collaborateurs, qu'il y ait du soutien au passage vers un autre service plutôt qu'en fonction du transfert d'un programme à l'autre. En ce sens, certaines familles suivies par le programme-cadre pourront aussi avoir besoin des services donnés dans le cadre des SIPPE. De même, certaines familles recevant des services dans le cadre des SIPPE pourront avoir besoin des services prévus dans le programme-cadre.

Autres exemples : dépistage et détection précoce de la négligence, activités éducatives, regroupement de familles, suivi à domicile, etc.

Les activités d'intervention : les principaux responsables sont les CSSS et les CJ en collaboration avec les organismes communautaires, les écoles, les CPE, etc. Les activités d'intervention s'adressent aux enfants et aux parents présentant des difficultés. Elles pourraient être hiérarchisées selon les besoins des familles :

- Des consultations brèves pour les parents qui ont des problèmes légers et occasionnels,
- Des interventions ciblées pour des parents aux prises avec des problèmes dans différentes sphères de leur vie,
- Des interventions plus intensives avec diverses modalités (ex. : individuelles, familiales, de groupe ; enfants, enfants-parents, parents, à domicile, avec le réseau, etc.) pour un degré de gravité plus élevé,
- Des interventions très intensives pour des parents dont les problèmes sont récurrents et importants.

Exemple : interventions en situation de crise, services psychosociaux, intervention de groupe, services de réadaptation, évaluations et interventions spécialisées, groupe thérapeutique, suivi à domicile, etc.

Les activités de protection : les principaux responsables en sont les centres jeunesse, en collaboration avec les CSSS, les organismes communautaires, les écoles, les CPE. Ces activités découlent de l'application de la Loi de la protection de la jeunesse (la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis) ; de plus, certaines interventions visent à protéger l'enfant dans le contexte de la LSSSS. Les activités sont hiérarchisées selon les besoins des familles (comme on l'a vu pour les activités d'intervention).

Exemples : interventions spécialisées ou plus adaptées, visites à domicile non planifiées, retrait du milieu pour assurer la sécurité de l'enfant, etc.

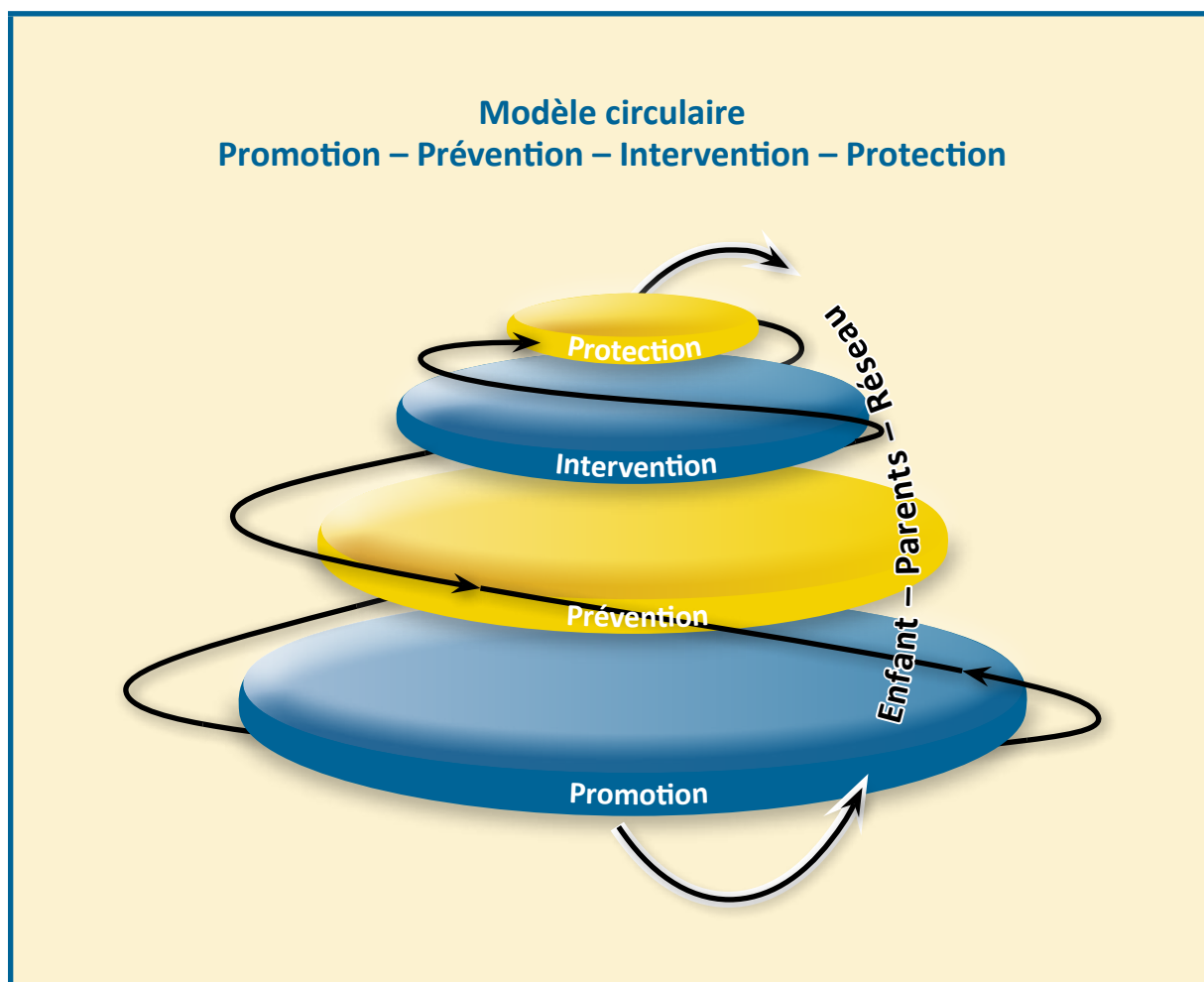
L'illustration suivante représente le modèle circulaire qui traduit l'idée que les activités s'adressent à l'ensemble des familles en matière de promotion et que leur nombre diminue de la prévention à la protection, parce que les activités à réaliser sont de plus en plus particulières. Ainsi, la promotion rejoint l'ensemble des familles tandis que la protection ne s'applique qu'à certaines. **L'illustration ne représente pas un continuum de services.** Comme on l'a indiqué plus haut, les familles présentant des

12. Ibid., p.15

difficultés en rapport avec la négligence ont besoin des activités liées à la promotion, à la prévention, à l'intervention, et parfois à la protection, sans nécessairement respecter un ordre précis. **Ce sont leurs besoins qui détermineront les types d'interventions les plus utiles pour eux, à quel moment et dans quel ordre.** Par exemple, une famille demandant de l'aide à son CSSS et présentant des difficultés marquées liées à la négligence pourrait bénéficier d'interventions spécifiques et, simultanément ou par la suite, d'activités de prévention ou de promotion.

La **perméabilité et la fluidité** entre la promotion, la prévention, l'intervention et la protection sont essentielles pour bien répondre aux besoins des enfants, des parents et des familles aux prises avec des difficultés liées à la négligence. Chacun des types d'activités constitue autant de portes d'entrée pour établir un lien de confiance avec la clientèle et l'accompagner vers les services requis selon ses besoins.

Le programme vient donc s'inscrire dans ce modèle. Bien qu'il se situe surtout du côté de l'intervention et de la protection, il est nécessaire de s'assurer d'un soutien mutuel entre les dispensateurs des activités, que ce soit en matière de promotion, de prévention, d'intervention, et aussi de protection.



2.5 Un cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants

C'est au début des années 90 que le Royaume-Uni a mis sur pied le « Framework for the Assessment for Children in Need and their Families » pour les enfants de 0 à 18 ans. « Ce cadre a l'avantage de s'appuyer sur une vision écologique de la négligence, en plaçant la protection et le bien-être des enfants au cœur des préoccupations de tous. Il peut servir de repères simples, autant pour les familles que pour les divers intervenants de la collectivité : CSSS, organismes communautaires, CJ, écoles, services de garde (CPE, milieu familial, etc.¹³ ».

Le cadre d'analyse écosystémique sera utilisé comme outil dans le programme-cadre montréalais en négligence par les intervenants et les familles afin de favoriser un vocabulaire et des références communes permettant d'échanger et de repérer les besoins des enfants, les réponses apportées par les parents et les facteurs en jeu au niveau familial et environnemental.

Au Québec, « l'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) est une innovation sociale qui a pour mission de favoriser et soutenir les démarches de collaboration entre l'ensemble des réseaux qui viennent en aide aux enfants de neuf ans et moins exposés à de multiples facteurs de risque, qu'ils soient signalés ou non à la Direction de la protection de la jeunesse »¹⁴. Dans le programme-cadre montréalais, le cadre d'analyse écosystémique sera utilisé pour les 0-11 ans.

« Le cadre d'analyse écosystémique utilisé dans l'initiative AIDES contribue à :

- Avoir une lecture commune partagée des besoins de l'enfant et de la famille (parents /intervenants de tous milieux).
- Soutenir les parents ou les figures parentales dans l'exercice de leurs responsabilités parentales.
- Favoriser la participation des parents et leur collaboration tout au long du processus d'intervention ainsi qu'au moment de prendre les décisions qui concernent l'enfant et la famille.
- Assurer la sécurité des enfants, favoriser leur développement optimal et contribuer à leur avenir.
- Promouvoir un climat de collaboration qui appelle au décloisonnement des pratiques afin qu'elles deviennent plus complémentaires et cohérentes et à une meilleure coordination et intégration des interventions et des services.

13. S. Young. *Programme-cadre Montréalais en négligence : Modèles, applications, programmes en négligence*. Document adopté à la Table régionales des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté le 21 novembre 2011. Montréal. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2011. p. 4.

14. C. Chamberland et coll. *Initiative AIDES. Document de présentation*. Montréal. 2010.

- Améliorer la capacité collective des communautés à contrer les nombreux facteurs qui menacent la sécurité et le développement des enfants et qui augmentent considérablement leurs chances d'emprunter des parcours de victimisation, de délinquance et de criminalité »¹⁵.

Le cadre d'analyse est représenté par un triangle (voir figure ci-après) qui décrit les besoins de développement applicables à tous les enfants, les capacités des figures parentales à les satisfaire et les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins. Ce cadre renvoie à trois systèmes (enfant, parents ou figures parentales, famille-environnement). Chaque système compte plusieurs dimensions. Pour les besoins de développement de l'enfant, ce sont la santé, l'éducation, le développement comportemental et affectif, l'identité, les relations familiales et sociales, la présentation de soi, les habiletés à prendre soin de soi. Pour la réponse aux besoins par les figures parentales, il s'agit des soins de base, de la sécurité, de l'amour, de la stimulation, de l'encadrement et de la stabilité. Quant aux facteurs familiaux et environnementaux, ce sont l'histoire des figures parentales et le fonctionnement actuel, l'histoire familiale et le fonctionnement de la famille, la famille élargie et les autres personnes significatives, l'habitation, l'emploi, le revenu, l'intégration sociale et les ressources de la communauté.

Voir la description précise à l'annexe 6.

Ce sont toutes ces dimensions qui sont considérées dans l'analyse des besoins et dans l'intervention qui font l'objet de la section 3 traitant du processus clinique. Le cadre d'analyse écosystémique sert donc de point de référence pour l'analyse des besoins pour les intervenants et les parents.

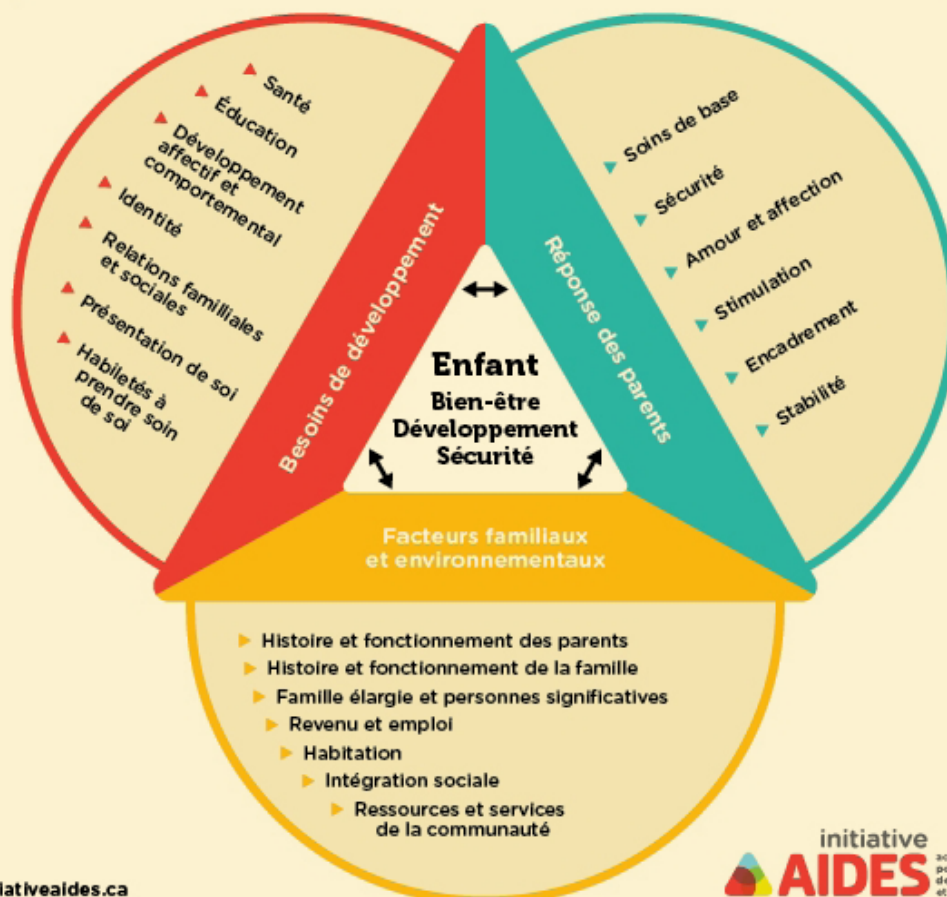
L'interdépendance des systèmes énumérés précédemment permet d'obtenir une meilleure compréhension de la situation des enfants, de dresser un portrait plus précis des facteurs de risque et de protection dans leur vie et de déterminer ainsi les services les plus appropriés pour favoriser leur bien-être.

Précisons que ce cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants prévoit des outils, qui seront brièvement présentés dans la section sur les outils cliniques d'évaluation : la grille commune d'analyse des besoins de l'enfant, la grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant et le cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE ou *Core Assessment record*). Le CABE est un outil de dialogue avec les parents et fait appel à une approche participative.

15. C. Chamberland et coll. *Recherche évaluative de l'initiative AIDES. Rapport préliminaire d'évaluation 2 présenté à : La stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada*. En collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec. 2010.

Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants

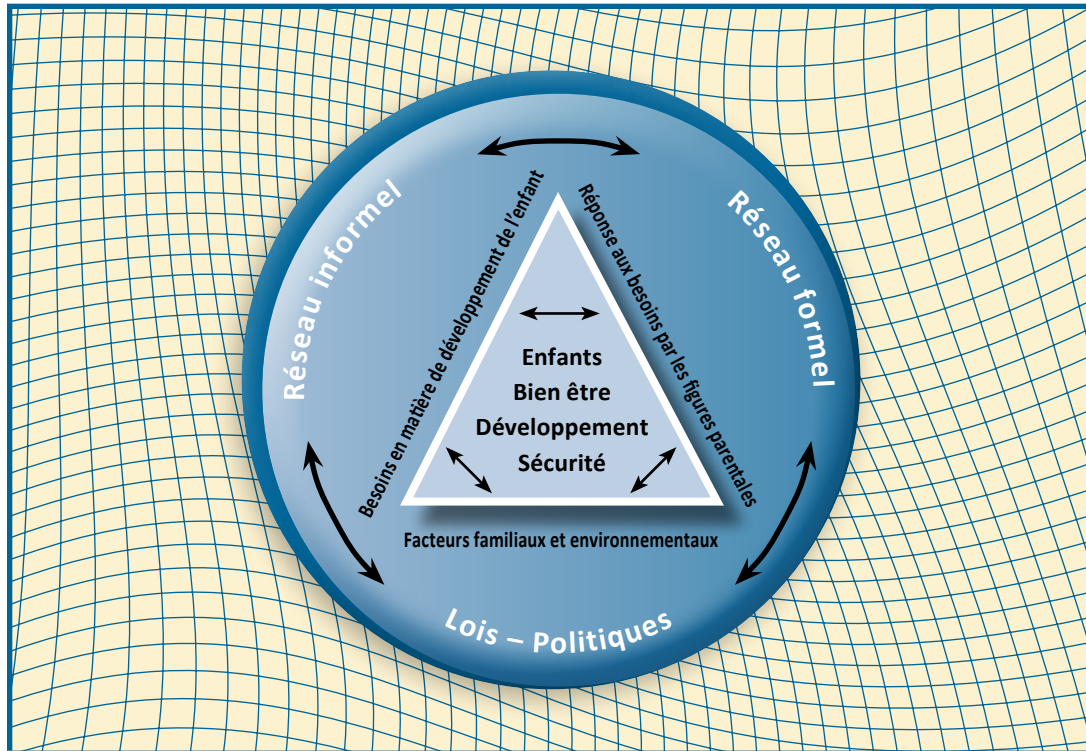
CADRE D'ANALYSE ÉCOSYSTÉMIQUE DES BESOINS DE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS



2.6 Un réseau centré sur les besoins de l'enfant

Après avoir cerné les besoins des enfants, des parents et des familles qui vivent des difficultés en rapport avec la négligence, le réseau se met en action avec la famille pour s'assurer que l'enfant puisse avoir une réponse optimale à ses besoins. Il importe aussi de favoriser la synergie entre les différents acteurs d'intervention.

Le réseau informel et formel ainsi que la société, avec ses lois et politiques, assurent un filet de sécurité aux enfants, parents et familles éprouvant des difficultés liées à la négligence. Nous faisons tous partie de la solution.



Comme il a été déjà précisé, les réseaux informel et formel comptent notamment des familles, des CSSS, des écoles, des CPE, des organismes communautaires, des centres locaux d'emploi, des centres de réadaptation (en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, en déficience physique, en dépendance) des établissements spécialisés en santé mentale. Chacun peut contribuer, en fonction des objectifs et de ses moyens, à ce que l'enfant reçoive une réponse à ses besoins : parfois en intervenant directement auprès des familles, parfois en s'adressant à un public plus large.

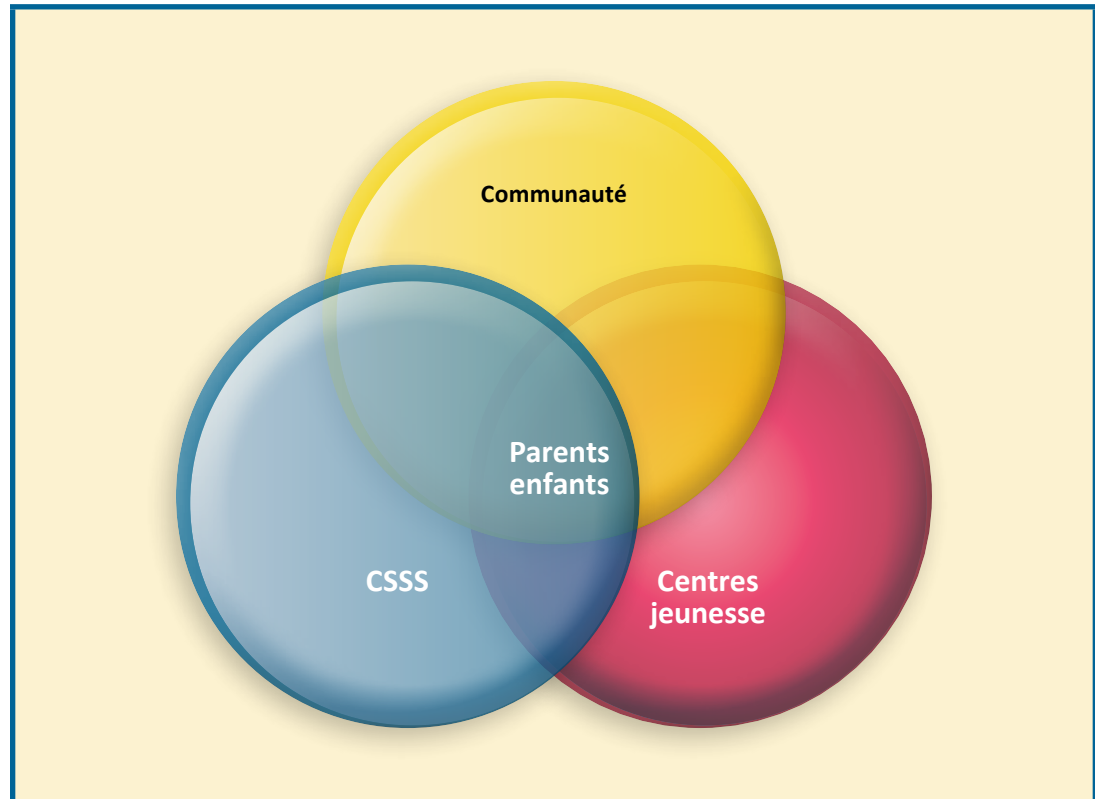
Quant aux différents paliers de gouvernements (municipal, provincial, fédéral), avec les lois et politiques, ceux-ci doivent unir leurs efforts pour que les familles les plus vulnérables améliorent leur revenu, leur santé, leurs opportunités de développement et de bien-être, leur accès au logement, au transport et aux divers services dont ils ont besoin.

Le partenariat entre les familles, la communauté et les établissements peut s'actualiser de différentes façons. Il existe plusieurs niveaux de collaboration entre les familles et les intervenants : informer, échanger de l'information, se concerter, partager les décisions et les actions en rapport avec l'objectif commun de répondre aux besoins des enfants¹⁶.

16. Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. Centre universitaire. Brière, Nathalie. La collaboration inter-professionnelle en santé et services sociaux (présentation Power point). Université Laval. Novembre 2011.

Quant à l'interaction entre les professionnels, il serait souhaitable d'avoir une pratique de soins et de services partagés, c'est-à-dire que tous les acteurs concernés partagent ensemble les décisions et les actions.

Par opposition à une pratique en silo, voici l'illustration d'une pratique de services intégrés.



Pour arriver à **avoir des services plus intégrés**, nous devons choisir **un modèle de changement** qui respectera les prémisses suivantes, autant au niveau des établissements, instances, organismes, etc., que des familles¹⁷ :

- Avoir un sens commun, un cadre général de compréhension et d'action
- Avoir un dialogue et une analyse constants en vue d'actions concertées à partir d'une vision partagée
- Avoir des cibles d'actions négociées
- S'adapter aux divers contextes en rapport avec l'utilisation des forces, tenir compte des contraintes, respecter les lacunes.

17. O. Ouellet et S. Young. 5^e Colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents. Comprendre et agir ensemble. Conférence : *Être ensemble pour une meilleure réponse aux familles vivant des difficultés multiples*. Montréal. 2011.

Pour y arriver, il faudra :

- Composer avec un enrichissement progressif des pratiques cliniques, des contextes de pratique, de l'offre de service, de l'élargissement du réseau : faire des pas petits, mais significatifs.

Concrètement, ceci se traduit par des changements de pratique :

- Utiliser davantage l'approche collaborative avec les parents;
- Privilégier le lien avec la famille;
- Intervenir davantage en concertation, en collaboration, partager des responsabilités et des décisions ; assurer une fluidité entre les différents programmes et services;
- Intensifier notre intervention.

Par exemple, une famille assujettie à la Loi de la protection de la jeunesse recevra des services du CJ durant la période nécessaire pour mettre fin à la situation de compromission. La famille pourra aussi recevoir des services du CSSS et d'autres partenaires. Lorsque le CJ se retire, des liens sont déjà tissés avec d'autres intervenants qui poursuivent l'intervention.

La famille qui reçoit de services du CSSS pourra aussi recevoir des services d'autres partenaires. Ainsi, des épisodes de services sont donnés par différents intervenants, mais le lien avec l'intervenant responsable du CSSS se maintient tout au long de l'intervention. Celui-ci sera donc plus ou moins actif selon la période, mais toujours présent.

2.7 Le cadre de partenariat

À Montréal, un mécanisme de collaboration entre les CSSS et les centres jeunesse (CJM-IU et CJF Batshaw) est en place depuis 2008. « Le guide de partenariat met l'accent sur l'accès, le traitement, la protection et la coordination des services¹⁸. » Il définit les mécanismes de collaboration des services aux jeunes en difficulté.

Il s'appuie sur des principes directeurs et des règles de collaboration¹⁹ :

- Lors d'une demande de service vers le CSSS ou le CJ, avec la participation de l'enfant et des parents, les partenaires effectuent une lecture partagée des besoins et une offre de service concertée. Ils assument de façon conjointe l'intervention à réaliser pour répondre aux besoins du jeune et de sa famille.
- Le partenariat est fondé sur le respect des usagers et des partenaires : susciter le partage d'information sur les besoins du jeune et de sa famille, donner suite à une demande de services dans les délais respectant leurs besoins, informer le partenaire dans les délais raisonnables afin de favoriser la mise en place des services requis lors d'une référence.
- La pertinence d'une demande de service à l'autre partenaire, présentée par l'intervenant déjà impliqué, est réputée avoir été validée selon les règles en cours dans chacune des organisations.

18. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Guide de partenariat Centres de santé et de services sociaux Centres jeunesse*. Montréal. Mai 2011. Page 4.

19. Ibid., p. 4-5.

- Les interventions psychosociales concomitantes des partenaires auprès d'une même famille doivent être complémentaires, en particulier dans le domaine des compétences parentales. Dans ce cas précis, il y a obligation d'établir un plan de service.
- L'accès aux services du CSSS doit être facilité. Toute discussion clinique doit être encouragée par l'une ou l'autre des références suivantes, par priorité :
 - Le transfert personnalisé : avec l'accord de l'enfant et de sa famille et après entente avec le représentant du partenaire, une rencontre est organisée par l'intervenant déjà impliqué pour introduire l'enfant et sa famille auprès du nouvel intervenant et pour assurer une continuité des interventions.
 - La référence personnalisée : avec l'accord de l'enfant et de sa famille, leurs coordonnées ainsi que la raison de la référence et la nature du service demandé sont fournies par l'intervenant déjà impliqué à l'autre partenaire, qui s'engage à faire la relance nécessaire si ces derniers ne font pas une demande de service auprès du partenaire.
 - L'info référence : l'enfant et sa famille sont invités à faire une demande de service auprès de l'autre partenaire et, pour ce faire, obtiennent de l'intervenant déjà impliqué les informations relatives à l'autre partenaire.

Une personne-liaison CSSS/Centres jeunesse s'assure de l'utilisation du guide de partenariat. Elle joue un rôle d'information et d'acheminement des demandes. Un cadre désigné pour chacun des établissements CSSS/Centres jeunesse s'assure de respecter l'esprit du guide et de résoudre les situations d'impasse clinique ou administrative. Le guide de partenariat encadre donc les demandes de consultation et les demandes de services dirigées, soit vers les CSSS, soit vers les centres jeunesse. **Les intervenants et les gestionnaires sont familiers avec ces mécanismes, qui seront aussi utilisés dans le programme-cadre montréalais en négligence.**

La Table régionale des directeurs du programme service jeunes en difficulté a mis sur pied des comités conjoints locaux CSSS-CJ en septembre 2010. Cette structure est présente dans chacun des territoires de CSSS et réunit les gestionnaires opérationnels. « Leur mandat est d'établir des liens personnalisés et d'assurer la concertation opérationnelle entre les intervenants des établissements CSSS-CJ ainsi que de contribuer à l'amélioration de la continuité, l'accessibilité et la qualité²⁰. » Ces rencontres devraient faciliter la concertation nécessaire à l'opérationnalisation du programme-cadre montréalais en négligence.

20. Table régionale des directeurs des programmes service jeunes en difficulté. *Le comité conjoint local CSSS-CJ, région de Montréal. Guide pratique à l'intention des responsables et des participants.* Montréal, Sept. 2011.

Pour en savoir plus sur les programmes en négligence et les composantes gagnantes, consulter :

Young, S. Programme-cadre montréalais en négligence : *Modèles, applications, programmes en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services jeunes en difficulté le 21 novembre 2011. Montréal. Centre jeunesse institut universitaire. 2011.

Pour en savoir plus sur le partenariat, consulter :

Young, S. Programme-cadre montréalais en négligence : *La situation montréalaise en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services jeunes en difficulté le 17 septembre 2012. Montréal. Centre jeunesse institut universitaire. 2012.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Le Guide de partenariat Centres de santé et de services sociaux Centres jeunesse*. Montréal. Mai 2011.

Les documents sont disponibles, en ligne, via le RTSS, dans la *Collection numérique des centres jeunesse du Québec*. Pour plus d'informations sur la *Collection*, n'hésitez pas à communiquer avec la Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), tél. : 514 896-3396.

PROCESSUS CLINIQUE D'INTERVENTION

L'actualisation du programme s'appuie sur des principes et des valeurs présentés précédemment. Elle s'articule sur la compréhension de ce que vivent les enfants, les parents et les familles. On doit entendre et comprendre la réalité, les besoins, les forces, les différences et les difficultés. On doit chercher ensemble des solutions, doser les défis, encourager les petites réussites, prévenir les périodes de régression, être porteurs d'espoir et devenir des catalyseurs de résilience.

Selon les situations, les interventions des différents partenaires demanderont le respect des mandats de chacun, tout en assouplissant les frontières entre les établissements, les organismes, les programmes et les intervenants. L'accumulation de difficultés dans les situations de négligence demande une accumulation de solutions qui doivent être dosées, complémentaires, négociées avec la famille, positives, stimulantes, encourageantes et bien coordonnées.

Le programme s'actualise à travers quatre grandes étapes :

- Le repérage et identification de la clientèle
- Le processus d'analyse des besoins
- Le processus d'intervention
- La fin de l'intervention

Le programme peut s'étendre sur une période d'environ 2 ans. L'apport et l'implication des différents partenaires varieront en intensité et en durée selon les besoins des familles.

3.1 Repérage et identification de la clientèle

Les enfants, les parents et les familles ayant des difficultés en rapport avec la négligence peuvent se retrouver dans :

- **La communauté** : organismes communautaires, services de gard, écoles, etc.
- **Les services généraux ou spécifiques en CSSS** : jeunes en difficulté, santé mentale, DI-TED, SIPPE, etc.
- **À l'étape/Services en CJ** : RTS, Évaluation-Orientation ou Application des mesures en centre jeunesse

La clientèle peut être aussi repérée et identifiée grâce aux échanges entre les partenaires dans les regroupements déjà en place, comme les **tables de concertation**, le **réseau local de services**, etc.

3.2 Processus d'analyse des besoins de la clientèle

3.2.1 Processus d'analyse des besoins au niveau des CSSS et des CJ

Quoique le **processus d'analyse des besoins** soit **continu** tout au long de l'intervention, le début de l'intervention constitue un moment-clé pour **tenter, avec l'enfant, les parents et la famille, de comprendre leur réalité, leurs attentes, leur perception et leurs solutions**. C'est tout au long de ce processus que se construira à travers le temps, une relation de confiance. Une **réévaluation** régulière s'impose pour faire le point sur les impacts des moyens mis en place. C'est la **révision régulière du plan d'intervention** qui joue ce rôle.

La lecture des besoins se fait à partir du cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants développé dans le modèle britannique. L'analyse des besoins des familles vivant des difficultés en rapport avec la négligence est complexe et demande d'examiner plusieurs angles de prise. La demande des enfants, des parents et de la famille permet d'amorcer l'analyse des besoins et ne constitue pas le seul élément à évaluer.

Si plus d'un intervenant est impliqué, qu'il soit du CSSS, du CJ, d'un autre établissement, d'une ressource communautaire ou autres, la contribution des uns et des autres est importante. La mise en commun des observations des différents intervenants impliqués viendra enrichir le processus. De plus, si d'autres évaluations ont déjà été réalisées, il sera important de les considérer pour éviter de refaire ce qui a déjà été fait.



L'analyse des besoins devrait permettre de :

- Connaître la perception de l'enfant, des parents et des personnes impliquées;
- Connaître les besoins de l'enfant, la réponse des figures parentales, les facteurs familiaux et environnementaux;
- Cibler les forces et les facteurs de protection à utiliser dans l'intervention;
- Connaître la durée, la fréquence et l'intensité des difficultés et des facteurs de risque;
- Se pencher sur le processus migratoire, les défis d'adaptation et d'intégration, s'il y a lieu;
- Situer la motivation et la mobilisation (processus de changement),
- Cibler les apprentissages à faire;
- Déterminer les partenaires contributifs;
- Déterminer les partenaires à soutenir;
- Doser les défis : prioriser les besoins, faire des choix;
- Déterminer l'intensité d'intervention requise.

L'écoute, l'empathie, la capacité d'objectivation, la rigueur, la mise en commun des différents points de vue et le jugement clinique de l'intervenant seront déterminants dans le processus d'analyse des besoins.

On pourrait illustrer le processus d'analyse des besoins par une montgolfière. Les facteurs de protection et les facteurs de risque identifiés, entre autres, selon la perception de l'enfant, des parents, de la famille et des personnes impliquées amorcent le processus d'analyse des besoins. Les dimensions à évaluer sont les suivantes : besoins des enfants, réponse aux besoins par les figures parentales et facteurs familiaux et environnementaux. Par ailleurs, les dimensions à observer devront être examinées en considérant la durée, la fréquence et l'intensité des forces ou des difficultés. La mise en rapport des différents éléments évalués doit être faite. Il s'agit de négocier, prioriser et doser les défis, en tenant compte de la mobilisation, de l'ampleur des besoins et de la gravité de la problématique. Dès le début, c'est la relation de confiance et le jugement clinique qui sont au cœur du processus et qui le mettent en mouvement.

Reprenons en détail chacun des éléments.



Le processus

D'abord, l'analyse des besoins est un processus qui s'inscrit dans la recherche autant des forces que des difficultés et qui tient compte des points de vue de l'enfant, des parents, de la famille et des personnes impliquées (ex. : intervenants, partenaires, etc.).

Cibler les forces, les facteurs de protection à utiliser dans l'intervention et les facteurs de risque

Bien souvent, malgré une accumulation de difficultés, les familles ont réussi à surmonter certaines difficultés, à composer à leur façon avec des conditions adverses, à faire preuve d'ingéniosité dans certaines situations (ex. : immigration, monoparentalité, perte d'emploi, etc.), à maintenir des liens sur une période plus ou moins longue, à investir leur famille, etc. Il est important de

déterminer toutes les forces en présence, mais il faut surtout que l'enfant et les parents en prennent conscience et puissent les mettre en action afin d'obtenir de petits succès.

La pauvreté, la monoparentalité, l'isolement, les problèmes de santé mentale, la toxicomanie, les habiletés sociales déficitaires, les difficultés intellectuelles, les histoires d'abus et de traumatismes non résolus, voilà quelques-uns des facteurs de risque à observer.

Voir la description plus détaillée des facteurs de protection à l'annexe 3 et des facteurs de risque à l'annexe 2.

Connaître la perception de l'enfant, des parents et des personnes impliquées

Le dialogue avec l'enfant, les parents et les personnes impliquées est une nécessité. Dès les premiers contacts, une relation de confiance doit se construire. Certains livreront facilement leur point de vue et exprimeront leurs besoins et leurs solutions. Pour d'autres, cet exercice pourra s'avérer difficile et ils auront besoin de soutien et de temps pour y arriver. C'est aussi l'occasion de vérifier la perception sur les services déjà reçus : pertinents, efficaces, réalistes, etc. Le processus d'analyse des besoins étant continu, il conviendra de vérifier à différents moments si la perception de tous se précise ou se modifie.



Les dimensions des besoins à considérer

Les dimensions des besoins à considérer sont les suivants : les besoins de l'enfant, la réponse aux besoins par les figures parentales et les facteurs familiaux et environnementaux. Des outils seront proposés à la section 3.2.2. Les définitions suivantes, qui figurent dans AIDES, aideront à bien cerner ce que nous évaluons :

Les besoins de l'enfant

- La santé : il s'agit du bien-être physique et psychologique.
- L'éducation : il s'agit de l'ensemble du développement cognitif d'un enfant à partir de sa naissance.
- Le développement comportemental et affectif : il s'agit de la manifestation appropriée des sentiments et des actions de l'enfant.
- L'identité : cela a trait à la conscience qu'a l'enfant d'être distinct des autres, de posséder des caractéristiques particulières et d'être apprécié.
- Les relations familiales et sociales : cela englobe la capacité de l'enfant de faire preuve de sympathie et de compassion envers les autres.
- La présentation de soi : il s'agit de la compréhension de l'enfant à l'égard de la manière dont son apparence, ses comportements, ses défauts et ses qualités sont perçus par le monde extérieur et de l'impression que cela crée chez les autres.
- Les habiletés à prendre soin de soi : il s'agit de l'acquisition progressive de compétences pratiques, d'autonomie émotionnelle et d'habiletés sociales qui sont nécessaires au développement de l'indépendance chez l'enfant/jeune.

La réponse aux besoins par les figures parentales

- Les soins de base : répond aux besoins physiques de l'enfant et fournit les soins médicaux et dentaires nécessaires.
- La sécurité : prend les mesures nécessaires pour protéger l'enfant contre les accidents, la violence et l'abus, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison.
- L'amour et l'affection : répond aux besoins affectifs de l'enfant.
- La stimulation : appuie le développement intellectuel de l'enfant ; encourage constamment l'enfant, manifeste son approbation devant ses réussites et lui propose des activités et des occasions de se développer.
- L'encadrement : établit des limites, assure une supervision uniforme et bienveillante et utilise différentes méthodes positives pour encourager l'enfant à exprimer ses émotions et à bien se comporter.
- La stabilité : fournit un environnement familial suffisamment stable pour permettre à l'enfant de se développer.

Les facteurs familiaux et environnementaux

- L'histoire des figures parentales et le fonctionnement actuel. Forces et problématiques personnelles : maladies physiques, santé mentale, consommation, violence, etc.
- L'histoire familiale et fonctionnement de la famille. Changement dans la composition familiale, fonctionnement familial actuel, histoire de traumatismes dans l'enfance, etc.
- La famille élargie et autres personnes significatives. Liens entre elles et rôle.
- Habitation. Commodités à l'intérieur, à l'extérieur et dans l'environnement et impacts sur l'enfant.
- Emploi. Occupation du parent et impact sur l'enfant ou sur la relation parents-enfant.
- Revenu. Revenu suffisant, gestion des ressources financières, utilisation des prestations disponibles, impact des difficultés sur l'enfant.
- Intégration sociale. Intégration dans le quartier, dans la communauté, réseau d'amis, de connaissances, impacts sur l'enfant.
- Processus migratoire. Contexte de vie, valeurs et coutumes dans le pays d'origine, raisons de l'immigration, espoirs de la famille, contexte de vie actuel, adaptation et intégration au Québec, soutien existant, etc.
- Ressources de la communauté. Équipements et services disponibles : santé, garderies, écoles, lieux de culte, transport, services à la consommation, loisirs, etc.

Voir la description plus détaillée de ces dimensions à l'annexe 6.



La durée, la fréquence, l'intensité des forces et difficultés

Déterminer la durée, la fréquence et l'intensité des forces et difficultés

Par rapport aux forces et difficultés, quelques questions peuvent être utiles. Depuis combien de temps est-ce présent ? Est-ce que qu'elles sont occasionnelles, régulières ou toujours présentes ? Quelle est l'ampleur des conséquences, quels sont les impacts au quotidien, à long terme ?



Analyse des différents éléments

En plus des éléments présentés plus haut, il faut aussi considérer le niveau de motivation et de mobilisation des parents afin de compléter l'analyse des besoins.

Situer la motivation et la mobilisation (processus de changement)

La motivation au changement représente en soi un objectif clinique. Elle n'est plus considérée comme acquise ou préalable à l'intervention. **Elle est objet d'intervention.** Nous devons développer des interventions qui concordent avec les différentes étapes de motivation afin d'avoir un impact plus important et plus durable sur l'évolution des problématiques familiales rencontrées. Une meilleure connaissance de ces étapes aidera peut-être à développer des interventions qui tiennent mieux compte du cheminement et du rythme des parents, dans la limite cependant de l'intérêt de l'enfant. Certains auteurs, dont Prochaskas et Prochaska¹, proposent une compréhension du processus de changement très intéressante, soit les cinq étapes suivantes : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et l'intégration.

Ces étapes sont décrites à l'annexe 8 et des pistes d'intervention sont suggérées.

Il est important de situer **l'ampleur des besoins, les forces en présence et la gravité de la problématique** afin d'ajuster l'offre de service, c'est-à-dire de déterminer les modalités qui conviennent et l'intensité d'intervention requise. Dans le tableau suivant, nous avons repris tous les éléments qui constituent le processus d'analyse des besoins et nous avons déterminé le niveau – léger, modéré et sévère – pour chacun d'eux. L'analyse de tous les éléments nous fournit un portrait complet des besoins de l'enfant, de ses parents et des forces sur lesquelles on peut miser dans l'intervention et des apprentissages ou habiletés à développer. On peut donc **négoier, prioriser et doser** les défis avec l'enfant, les parents et la famille.

1. J. B. Singer, Prochaska et DiClemente 'Stages of Change Model for Social Workers (Episode 53). Social Work Podcast. 2009. Podcast retrieved from : <http://socialworkpodcast.com/2009/10/prochaska-and-diclementes-stages-of.html>. / Bragg, H.L. *Child Protection in Families Experiencing Domestic Violence*. Child Abuse and Neglect User Manual Series. U.S. Department of Health and Human Services. 2003

Le tableau récapitulatif sur l'ampleur des besoins, les forces en présence et les niveaux de gravité de la problématique ne sert que de repère pour faciliter l'analyse de l'ensemble de tous les éléments. **Chaque famille étant unique et particulière**, le portrait général de la situation ne correspondra pas toujours parfaitement à chacun des indicateurs. **La relation de confiance et le jugement clinique** de l'intervenant (ou des intervenants) ont un rôle marquant dans la démarche. Les nuances pertinentes ainsi apportées permettront de mieux **négoier** les cibles à renforcer ou à améliorer, à les **prioriser** et à **doser** les défis afin que l'enfant, les parents et la famille vivent de petits succès.

Déterminer l'ampleur des besoins, les forces en présence et la gravité de la problématique

Éléments et facteurs à considérer	Niveau léger	Niveau modéré	Niveau sévère
Forces et facteurs de protection (annexe 3)	Plusieurs sont présents, certains à développer et à soutenir	Certains sont présents ; d'autres à développer et soutenir	Peu présents, ont besoin d'être développés et soutenus
Facteurs de risque (annexe 2)	Peu de facteurs présents	Certains sont présents	Très présents
Perspective de l'enfant, des parents, et des personnes impliquées	Bonne capacité à exprimer besoins et solutions	Capacité moyenne à exprimer besoins et solutions	Peu de capacité à exprimer besoins et solutions
Besoins de l'enfant (annexe 6) Possibilité pour l'enfant de se référer à un adulte significatif et stable État du développement et de la sécurité de l'enfant	Assez bien satisfaits Présente Difficultés ou un retard dans une sphère	Certains sont satisfaits Par périodes Difficultés et retards dans certaines sphères	Peu satisfaits Absente Difficultés et retards dans plusieurs sphères
Réponses aux besoins par les figures parentales (annexe 6) Lien parents-enfant	Assez adéquate Bonne perception des demandes, bonne interprétation, mais difficulté à choisir une réponse	En partie adéquate Bonne perception des demandes, mais interprétation incorrecte	Peu adéquate Non-perception des besoins ou impossibilité d'agir
Facteurs familiaux et environnementaux (annexe 6) Détresse sociale (annexe 1) : écarts au niveau culturel (ex. : retrait, isolement, etc.), économique (ex. : pauvreté), politique (ex. : être exclu des décisions), social (ex. : se sentir menacé) et personnel (ex. : survie psychologique). Réseau : soutien à la famille	Forces très présente Quelques écarts Soutien dans certains domaines. Besoin dans d'autres	Assez présentes Certains écarts Difficulté à soutenir la famille dans certains domaines	Peu présentes Écarts très importants presque partout Difficulté à soutenir la famille dans plusieurs domaines
Durée, fréquence, intensité des forces et difficultés Négligence situationnelle, périodique, récurrente, installée (pages 16-17)	Négligence situationnelle	Négligence périodique	Négligence récurrente ou installée
Motivation et mobilisation (annexe 8)	Tentatives de changement	Parents ignorent comment changer	Parents ne peuvent ou ne veulent pas changer ou ne savent pas quoi changer



La relation de confiance et le jugement clinique

Dès les premiers contacts, dès les premiers échanges, la relation de confiance et le jugement clinique donnent un mouvement, un dynamisme dans tout le processus d'analyse des besoins qui, soit dit en passant, ne se vit pas en vase clos. En effet, **au cours du processus, des interventions devront s'amorcer ; de même, durant l'intervention, l'analyse des besoins se poursuit.** La relation de confiance permettra de mieux comprendre la réalité de l'enfant, des parents et de la famille, de définir ce qui les motive pour améliorer la réponse aux besoins de l'enfant et ce qui les rend davantage disponibles à investir. À partir d'une lecture commune des besoins, nous avons à soutenir le changement, encourager, relancer, être souples, concrets et créatifs. Le choix des interventions pertinentes, priorisées et stratégiques s'appuiera sur le jugement clinique de l'intervenant ou des intervenants.

3.2.2 Outils d'évaluation

Le choix et l'utilisation d'outils d'évaluation peuvent s'avérer onéreux. En effet, l'absence de consensus sur la définition de la négligence, son caractère multifactoriel, la complexité de ses conséquences et son caractère circonstanciel ou chronique posent des difficultés. De plus, l'implantation d'outils n'est pas sans soulever des défis de taille : assurer la formation et la supervision, assurer des mécanismes de suivi de la qualité, inscrire l'utilisation des outils dans un processus clinique, susciter l'adhésion des intervenants, adapter les modes d'organisation du travail, favoriser la participation des parents, etc. C'est pourquoi le choix des outils doit être judicieux.

Pour ce faire, nous nous référerons au document « Inventaire des outils cliniques en négligence »². Ce document fait suite à un mandat du ministère qui précise les attentes suivantes : tenir compte des besoins des intervenants en CSSS et en CJ en matière d'outils cliniques en négligence, dresser un inventaire des outils de dépistage et de soutien à l'évaluation, en faire l'analyse et faire des recommandations. Pour y parvenir, le groupe de travail a recouru à plusieurs stratégies : consultation d'informateurs-clés, sondage dans les CSSS et les CJ du Québec, comité consultatif formé de chercheurs et de cliniciens, et recension d'écrits scientifiques et cliniques.

Nous pensons que l'utilisation d'outils cliniques, l'observation et le jugement clinique permettront de mieux comprendre les besoins des enfants et des familles et de pouvoir mieux objectiver les situations.

Les critères utilisés pour choisir les outils sont la validité, la notoriété et la convivialité³. Nous ne reprendrons pas ici toute la démarche qui a mené à ce choix (voir le rapport pour plus d'informations).

2. Réseau universitaire intégré jeunesse, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. *Inventaire des outils cliniques en négligence*. Rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2012

3. Voici les définitions des trois critères.

Validité = être doté d'une validité empirique ou par consensus d'experts au moins dans sa version originale.

Parmi un ensemble d'outils retenus, certains sont privilégiés :

- par suite de l'analyse des forces et faiblesses de chacun,
- en considérant la possibilité de les déployer en CSSS et en CJ,
- parce qu'ils répondent aux besoins des CSSS et CJ.

Le tableau de la page suivante présente le résultat de cet exercice. Compte tenu, notamment, de la complexité et du caractère multifactoriel de la problématique de la négligence, cinq catégories ont été fixées :

- les outils axés sur la négligence
- les outils globaux (multifactoriels)
- les outils axés sur les conduites parentales et les relations parents-enfants
- les outils d'évaluation de l'environnement social et familial
- les outils axés sur le développement et les comportements de l'enfant.

Les forces et faiblesses de chacun des outils sont présentées à l'annexe 7.

Afin de compléter ces suggestions, le **génogramme** nous semble très utile en raison de sa convivialité, de la facilité d'utilisation avec les parents, et même possiblement avec les enfants, et aussi pour dresser une carte rapide des liens entre les membres de la famille sur trois générations. Il peut servir autant pour l'évaluation que l'intervention.

Au-delà de la liste d'outils suggérés, d'autres outils plus spécialisés pourraient être nécessaires : par exemple, pour évaluer les traumatismes des parents, des problématiques associées à la négligence, etc.

Notoriété = être doté d'une notoriété dans la littérature scientifique et clinique récente ou être déjà utilisé dans les CSSS ou les CJ du Québec.

Convivialité = ne pas exiger de spécialisation particulière pour la passation et l'interprétation.

Tableau Les outils cliniques privilégiés Mandat « Inventaire des outils cliniques en négligence »

Outils axés sur la négligence	Outils multifactoriels	Outils évaluation - conduites parentales	Outils évaluation - environnement social et familial	Outils évaluation - développement et comportements de l'enfant
Index de négligence (Trocmé)	Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer) Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE) Outils dérivés du cadre d'analyse commun des besoins de l'enfant : Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant (<i>Common Assessment Framework Form</i>) Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant (<i>Initial Assessment Record</i>) Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (<i>Core Assessment Record</i>) Système de soutien professionnel (SSP)	Indice de stress parental (ISP)	Inventaire de soutien social et familial (ISSF) Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)	0-5 ans Grille d'évaluation du développement (GED) Questionnaires sur les étapes du développement (ASQ) 6-11 ans Achenbach System of Empirically Base Assessment (Achenbach) Trauma Symptom Checklist for Young Children (3-12 ans) Trauma Symptom Checklist for Children (8-16 ans)

D'après le questionnaire auquel ont répondu les CSSS et les CJ du Québec⁴, les dimensions importantes devant figurer dans un outil clinique varient selon les deux types de milieu. En CSSS, on priorise des outils qui permettront de déterminer le type ou la forme de négligence, le degré de sévérité et des pistes pour l'intervention. Par contre, en CJ, on priorise la sévérité, la chronicité de la négligence et les facteurs de protection.

À titre indicatif, **en CSSS**, les outils que nous suggérons d'implanter dans un premier temps seraient, par ordre de priorité :

- 1. La grille préliminaire des besoins de l'enfant, ou Initial Assesment Record :** cela permettrait de déceler les besoins et de soutenir une référence, une demande ou un signalement, si nécessaire.
- 2. L'index de Trocmé :** il permet d'identifier la nature et la sévérité de la négligence ;

4. Réseau universitaire intégré jeunesse, centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. *Inventaire des outils cliniques en négligence*. Rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2012, p. 21.

3. Le génogramme.

Dans un deuxième temps, nous suggérons de recourir au **CABE** ou **Core Assessment Record**.

Cet outil identifie les besoins et les services et peut servir d'outil d'intervention. Tout comme la grille préliminaire des besoins de l'enfant, cet outil il dérive du cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants et peut servir d'outil de base. Il tient compte des besoins en matière de développement de l'enfant, de la réponse aux besoins par les figures parentales et des facteurs familiaux et environnementaux (voir la section 2.5). Des cahiers pour les différents groupes d'âge sont disponibles. Ce ne sont pas des questionnaires, mais bien des outils de dialogue avec les parents et les collaborateurs. Les parents sont appelés à participer activement en transmettant leurs connaissances, leurs préoccupations, leurs intentions et leurs réponses à propos du bien-être de leurs enfants. Les actions à prendre sont déterminées conjointement entre les parents, l'intervenant et les collaborateurs.

Au **CJM-IU**, parmi les outils retenus, mis à part le **SSP** qui est obligatoire, les outils suivants sont déjà utilisés :

- **La grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité**, pour assurer une vigie aux enfants à risque de dérive du projet de vie
- **Le guide d'évaluation des capacités parentales**
- **La GED** (en français)
- **Le génogramme**, qui donne une carte rapide des liens entre les membres de la famille sur 3 générations
- **Trauma Symptom Checklist for Children** (surtout en situation d'abus)

Le **CJM-IU** utilise aussi la grille d'observation **Évaluation de la situation familiale, de la dynamique et des besoins de l'enfant**.

Au **CJF Batshaw**, les outils utilisés, parmi ceux retenus, sont les suivants :

- **L'ASQ**
- **Le guide d'évaluation des capacités parentales**
- **Trauma Symptom Checklist for Young Children**
- **Le génogramme**

Et aussi : **Permanency Planning Screening Matrix et Connections Eco-Map (carte réseau)**.

En Centre jeunesse, l'utilisation du **CABE (ou Core Assessment Record)** pourrait répondre à la nécessité d'utiliser les mêmes outils qu'en CSSS. L'utilisation du CABE exigera de faire des choix parmi les outils déjà utilisés et d'opter pour ceux qui complètent bien cet outil de base. Il faut être attentif à ce que la clientèle n'ait pas à répéter son histoire à maintes reprises du fait que différents outils sont utilisés.

Un outil demeure un outil. Son utilisation prend son sens et apporte une valeur ajoutée dans la mesure où il s'inscrit dans un processus clinique qui interpelle les familles et les intervenants.

La plupart des milieux de pratique utilisent déjà des outils. Il est important d'en tenir compte et, si nécessaire, d'**implanter de façon graduelle** les outils sélectionnés afin que les changements de pratique se fassent dans des conditions qui assurent la qualité d'utilisation : **formation, suivi de la qualité, supervision, temps requis pour la passation**.

Il ne s'agit pas d'utiliser tous les outils, mais de faire des choix éclairés en fonction, d'une part, de **ce qui est nécessaire et pertinent d'évaluer** dans la situation de chaque famille, et d'autre part, en fonction des **réalités, des ressources et contraintes** de chacun⁵.

En ce qui concerne les familles issues de communautés ethnoculturelles, on doit s'assurer que les personnes concernées soient en mesure d'être évaluées (ex. : grande instabilité dans un contexte d'immigration récente) et que les outils utilisés soient appropriés à cette clientèle.

3.3 Processus d'intervention auprès de la clientèle et du réseau

L'intervention devrait permettre à l'enfant d'avoir une réponse optimale à ses besoins fondamentaux, d'ordre personnel, physique, éducatif et psychologique. C'est à partir des besoins déterminés avec les parents et l'enfant (si possible), lors du processus d'analyse des besoins et des priorités, que l'intervention s'articule selon trois axes d'intervention : **l'axe « Enfants », l'axe « Parents » et l'axe « Réseaux »**⁶. Ils correspondent aux éléments présents dans le cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant, ce qui donne à l'intervenant des repères simples pour élaborer ses interventions avec la famille.

À partir de la vision écosystémique de la négligence et l'identification des meilleures pratiques, **tous les partenaires impliqués et la famille doivent faire partie de la solution**. Pour y parvenir, on conseille l'approche ci-après :

- Établir et maintenir une relation de confiance avec les familles et les partenaires
- Affirmer la primauté de l'intérêt de l'enfant
- Tenir compte de la réalité de chacun
- Organiser les services autant pour les mères que pour les pères
- Porter une attention particulière pour les communautés culturelles
- Avoir des stratégies pour rejoindre et favoriser la participation de la clientèle

5. Certains outils utilisés dans les milieux peuvent répondre aux besoins, mais ne figurent pas dans la liste des outils suggérés. Il faut se rappeler que les outils suggérés répondent à des critères précis en termes de validité, notoriété et convivialité. Sont exclus, par exemple, des types d'outils comme les grilles d'évaluation « maison », même si certaines étaient intéressantes puisqu'elles tenaient compte des besoins des enfants, des réponses parentales et des facteurs familiaux et environnementaux (suivant la compréhension de la négligence). D'autres outils ont pu être exclus, comme la carte réseau, qui est parfois utilisée. Certains outils n'étant pas traduits en français, certains milieux ont fait un autre choix. C'est le cas de Matrix, qui remplace la grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité au CJF Batshaw.

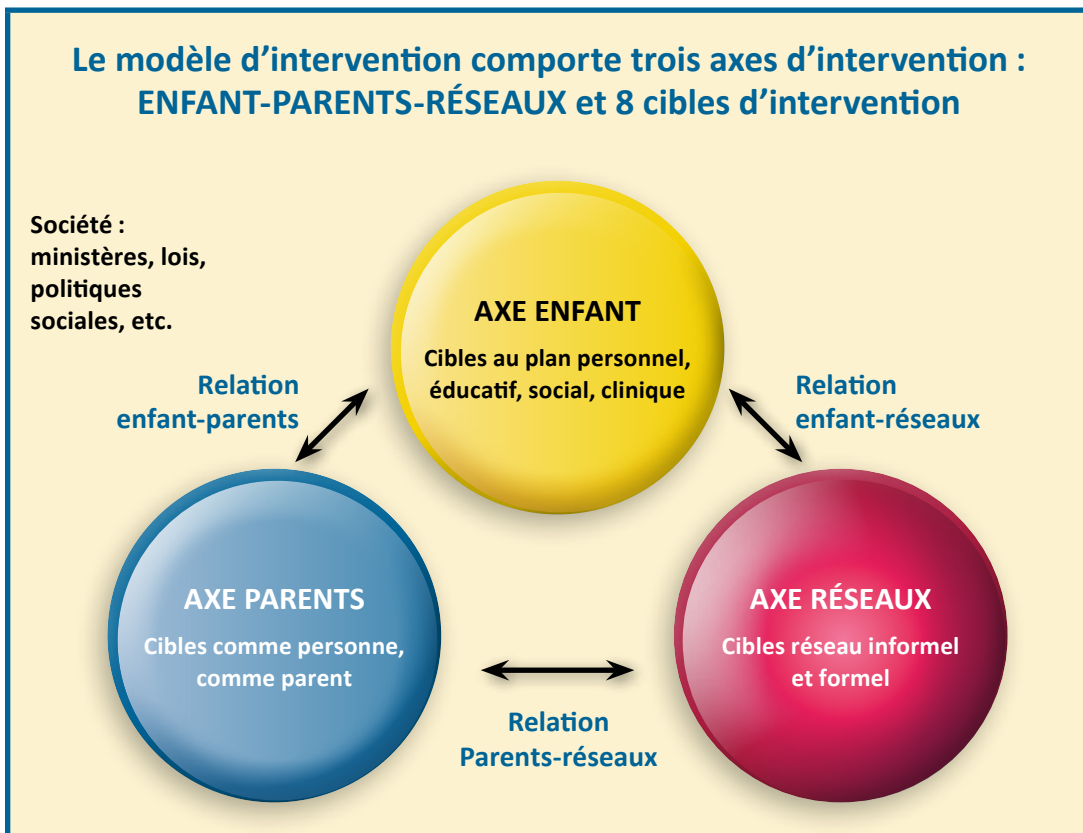
6. Le contenu de ces axes est largement inspiré du Programme d'aide Personnelle, familiale et communautaire (Nouvelle génération PAPFC2).

- Éviter de stigmatiser les personnes vulnérables
- Intervenir avec intensité, assurer une présence fiable et fréquente
- Avoir des activités structurées, mais souples
- Partager les compétences et expertises

Compte tenu de l'accumulation des difficultés et des besoins diversifiés des familles, un seul intervenant, un seul service, un seul établissement, ne peuvent atteindre tous les objectifs.

« La problématique de la négligence étant complexe, il faut se rappeler qu'aucune technique, approche ou méthode d'intervention ne peut être efficace à elle seule.

Le défi consiste à choisir un ensemble de solutions qui, tout en étant élaboré et articulé de façon rigoureuse, demeure intéressant, stimulant et pertinent pour la clientèle. »



Reprenons l'illustration de la montgolfière pour représenter le processus d'intervention. Le processus d'analyse des besoins a permis de négocier, prioriser et doser ce sur quoi portera l'intervention en rapport avec l'enfant, les parents et les réseaux. Ceci nous conduira à élaborer le plan d'intervention et le plan de service. Trois axes d'intervention ont été fixés : l'enfant, les parents et les réseaux. L'axe d'intervention de l'enfant se traduit en cibles sur le plan personnel, social, éducatif et clinique. L'axe d'intervention des parents vise le parent comme personne et comme parent. L'axe d'intervention sur les réseaux a trait au réseau informel et formel. L'offre de service individuelle, en famille ou en groupe permet d'actualiser la démarche. La relation de confiance et le jugement clinique entraînent le mouvement de changement.





Les éléments négociés, priorisés, dosés lors du processus d'analyse des besoins

Nous partons donc des résultats du processus d'analyse des besoins pour articuler l'intervention, mais en se rappelant que ce processus est continu et qu'il se poursuivra aussi durant le processus d'intervention.

3.3.1 L'axe d'intervention « ENFANT »

Dès le début de l'intervention, on doit travailler à améliorer la relation parents-enfant et à offrir à l'enfant des occasions de développement.

Si aucune amélioration dans la qualité de l'environnement familial et dans les relations parents-enfant n'est observée à court terme, il sera important de bien réviser la situation et de se questionner sur l'orientation de l'intervention en fonction de l'intérêt de l'enfant.



L'axe ENFANT

L'axe d'intervention « ENFANT »

Cadre d'analyse écosystémique	Préoccupations cliniques	Cibles d'intervention	Modalités d'intervention	
			Individuel/famille	Groupe
Besoins de développement de l'enfant : – Santé – Éducation, développement comportemental et affectif – Identité – Relations familiales et sociales – Présentation de soi – Habiletés à prendre soin de soi	Bien-être physique Attachement Liens avec des personnes significatives Retards de développement Traumas Occasions de socialisation Relation parents-enfants Estime de soi Développement de compétences par le plaisir, l'effort et la persistance Réalisation de soi	Sur le plan personnel social éducatif clinique	Loisirs Liens avec adultes significatifs Suivi individuel Rencontres enfants-parents Thérapie Services spécialisés : soins infirmiers et médicaux, orthophonie, ergothérapie, psychiatrie, etc.	Loisirs Activités parents-enfants Groupe enfants : entraide, stimulation, activités rééducatives, groupe thérapeutique, etc.

Pour que l'enfant se développe bien, nous avons vu qu'il doit recevoir une réponse aux besoins suivants, comme le précise le cadre de référence britannique : la santé, l'éducation, le développement comportemental et affectif, l'identité, les relations familiales et sociales, la présentation de soi et les habiletés à prendre soin de soi.

Voir à l'annexe 6 la description plus complète des besoins de l'enfant.

Le niveau de satisfaction de ces besoins ayant été analysé, l'intervention devra se pencher sur plusieurs préoccupations cliniques : le bien-être physique (soins, alimentation, hygiène, vêtements, sécurité physique, etc.), l'attachement, le lien avec des personnes significatives (autres que les parents), les retards de développement, les traumas, les occasions de socialisation, les relations parents-enfants, l'estime de soi, le développement de compétences et la réalisation de soi. Quoique toutes ces préoccupations soient importantes, le **bien-être physique et l'attachement** sont particulièrement décisifs dans le développement de l'enfant. En effet, le bien-être physique assure la survie de l'enfant et **l'attachement**, c'est-à-dire la qualité des liens émotifs développés entre l'enfant ses parents, aura une influence marquante sur son développement.



Le plan personnel, social, éducatif et clinique

Quatre cibles d'intervention :

services directs aux enfants sur le plan personnel, social, éducatif et clinique

1. La cible d'intervention sur le plan personnel : il s'agit que l'enfant reçoive les soins physiques et de santé appropriés, que son environnement soit sécuritaire, qu'il ait l'occasion de se découvrir comme personne, de s'estimer, de prendre soin de lui, d'exprimer sa perception comme enfant, de développer des liens affectifs significatifs, d'exprimer et maîtriser ses émotions, d'intégrer des valeurs, etc.

Les modalités d'intervention : Soutien à l'enfant directement, soutien aux parents et à l'entourage pour contribuer au mieux-être de l'enfant, soutien aux personnes significatives pour maintenir leur lien avec l'enfant et contribuer à fournir des messages et des expériences positifs à celui-ci.

Ex. : activités de soins, de loisirs, d'apprentissage, sorties, jeux, rencontres, partages de moments significatifs, activités communautaires, etc.

2. La cible d'intervention sur le plan social⁷ : il s'agit d'offrir aux enfants des lieux et occasions enrichissantes de socialisation et de participation sociale à l'intérieur de la communauté ; à prendre plaisir à jouer avec les autres, à se faire des amis, à partager des intérêts, à apprendre à gérer les conflits, etc.

Les modalités d'intervention : soutien à l'enfant directement et soutien aux parents et aux personnes significatives dans leur démarche de réflexion et de résolution de problèmes face à la réalisation des projets personnels des enfants et à leur participation sociale.

Ex. : activités sportives, artistiques ou de loisir, activités familiales, activités communautaires, etc.

7. C. Lacharité, et coll. (2005) Le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire. Nouvelle génération. Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR, p. 50.

3. La cible d'actions sur le plan éducatif⁸ : il s'agit d'offrir aux enfants des milieux éducatifs stimulant à l'intérieur de la collectivité ; acquérir des habiletés, développer des intérêts, vivre des succès dans ses apprentissages, avoir du plaisir à utiliser ses compétences, ses talents, etc.

Les modalités d'intervention : soutien à l'enfant directement, soutien aux enseignants et autres professionnels dans leur analyse et compréhension des besoins des enfants et dans l'application adaptée de services scolaires, soutien aux parents et au personnel scolaire dans les liens de collaboration.

Ex. : services de garde, ateliers de stimulation, ateliers éducatifs, maternelle, milieu scolaire, aide aux devoirs, activités communautaires, etc.

4. La cible d'actions sur le plan clinique⁹ : il s'agit de créer des expériences de développement spécifiques adaptées aux besoins et difficultés des enfants et à créer des occasions qui leur permettent d'explorer et d'organiser les éléments de leur vie socio-affective. Cette cible vise les besoins particuliers qui nécessitent une intervention ou un service spécialisé ou surspécialisé.

Modalités d'intervention : soutien directement à l'enfant, soutien aux parents pour collaborer à la démarche d'aide, soutien aux personnes significatives pour satisfaire les besoins particuliers de l'enfant, soutien aux intervenants de la communauté dans l'encadrement et la prise en charge de l'enfant.

Ex. : activités parents-enfants, thérapie enfant-parent, réadaptation, activités enfants, thérapie individuelle, orthophonie, groupes thérapeutiques, etc.

Les services sont déjà en place

Dans ce cas, il s'agit de soutenir les intervenants, les enseignants, les professionnels qui accompagnent les enfants dans leur compréhension des besoins de l'enfant et de chercher ou d'appliquer avec eux des solutions adaptées. Il s'agit aussi de favoriser la collaboration entre les intervenants, les enseignants, les professionnels et les parents.

Les services ne sont pas en place

Au niveau préscolaire, plusieurs activités sont offertes dans la communauté (ex. : ateliers de stimulation, services de garde, maternelle 4 ans, etc.). On cherchera à soutenir les parents pour qu'ils utilisent ces services et collaborent avec les intervenants.

Pour les enfants d'âge scolaire, les actions sur le plan social et éducatif sont davantage liées au fait que l'enfant fréquente l'école. Le partenariat avec le milieu scolaire est particulièrement important.

Si l'enfant a besoin d'un accompagnement particulier, il faudra, soit repérer la ressource appropriée et assurer le soutien, comme on l'a vu plus haut, soit, accompagner la famille vers la ressource appropriée. Outre les services

8. Ibid., p. 51.

9. Ibid., p. 51-52.

donnés par les partenaires (ressources communautaires, centres spécialisés, etc.), selon la compétence, l'expertise et la disponibilité des intervenants des CSSS et des CJ en particulier, certaines activités pourraient être offertes conjointement pour répondre aux besoins spécifiques de certains enfants (accompagnement individuel ou groupe enfants pour développer les habiletés sociales préalables à la participation aux loisirs, etc.).

3.3.2 L'Axe d'intervention « PARENTS »

On entend par « parents », les mères, les pères, les conjoint(e)s ou les personnes jouant un rôle parental. **Le suivi individuel des parents est un incontournable.** Il permet aux parents de développer un lien de confiance, d'être accompagnés dans leur processus de changement, d'intégrer les différents volets de l'intervention, de donner leur perception de la situation, d'être encouragés à reprendre du pouvoir sur leur vie, de chercher des solutions ensemble, d'être soutenus à les appliquer et de coordonner les différents services.

Les activités de groupe sont offertes au moment approprié en fonction des besoins, des capacités d'adaptation des parents et de l'évolution de la situation. Comme nous l'avons déjà précisé, les écarts des conditions sociales et personnelles que vivent les parents font en sorte que certains ont une faible d'estime de soi, manquent d'habiletés sociales, ont peu d'énergie, se sentent dépassés, etc. C'est pourquoi il faut être à l'écoute des craintes, des appréhensions, des contraintes à participer à de telles activités et des capacités adaptatives des parents. Autant que possible, il faut chercher des solutions pouvant favoriser la participation : explication du déroulement, présentation de l'animateur avant le début des activités de groupe, moyens mis en place pour surmonter les peurs, offre de transport, de gardiennage, relance régulière, encouragements, retour sur les situations, etc. En choisissant le bon moment pour accompagner les parents à participer aux activités de groupe, au cours de l'intervention, on leur permet de sortir de l'isolement, de partager ce qu'ils vivent, de développer des compétences, de profiter du groupe pour chercher des solutions et d'être soutenus pour les appliquer et vivre des moments positifs. **Les activités de groupe constituent une modalité d'intervention qui permet d'intensifier l'intervention.**

Les activités de groupe doivent permettre d'aborder les besoins des enfants, les rôles parentaux, les besoins comme adultes et les ressources à utiliser. Quoique très importantes, elles ne doivent pas être la seule modalité. Les activités collectives, auxquelles la famille peut participer dans la communauté, sont tout aussi utiles (voir axe réseau informel p. 65-67) : par exemple, les cuisines collectives, les fêtes de quartier, les groupes d'entraide, les activités de loisirs, etc., qui donnent l'occasion aux familles de créer des liens avec d'autres personnes que les professionnels.

Dans les activités de groupe, l'intervenant joue donc un rôle de facilitateur, d'éducateur et d'accompagnateur¹⁰. La **fonction de facilitateur** consiste à « porter attention au contexte des séances de manière à permettre aux parents de s'exprimer, de participer, de développer une présence positive et d'écouter les autres. Les actions ont pour but de soutenir un parent dans l'expression de son expérience parentale et de faire travailler ensemble les parents¹¹. » La **fonction d'éducateur** s'appuie sur des activités d'enseignement et d'apprentissage expérientiel. L'enseignement est centré sur des choix et non sur des directives à suivre¹². La **fonction d'accompagnateur** consiste à accompagner les parents dans une démarche de résolution de problèmes¹³.

Avec certaines **familles issues des communautés ethnoculturelles**, il faut porter une attention particulière à leur perception des interventions individuelles ou de groupe. Certaines sont méfiantes : soit elles ne connaissent pas les lois, ou elles craignent l'autorité (peur des abus de pouvoir, peur de compromettre leur dossier d'immigration, etc.), ou elles estiment qu'on ne partage pas ses difficultés en groupe avec d'autres parents, ou qu'il n'est pas bien vu de recevoir un étranger dans sa maison, etc. Le recours à des personnes significatives de la communauté peut être très utile pour surmonter ces difficultés.



L'axe PARENTS

L'axe d'intervention « PARENTS »

Cadre d'analyse écosystémique	Préoccupations cliniques	Cibles d'intervention	Modalités d'intervention	
			Individuelle/familiale	Groupe
Réponses aux besoins par les figures parentales : – Soins de base – Sécurité – Amour et affection – Stimulation – Encadrement – Stabilité Facteurs familiaux : – Histoires des figures parentales et fonctionnement actuel – Histoire et fonctionnement de la famille – Famille élargie	Réalité des pères Capacités parentales Traumas Efficacité personnelle et bien-être comme personne	Parent comme parent Parent comme personne	Suivi individuel Rencontres de couple, rencontres familiales Thérapie Services spécialisés : santé mentale, toxicomanie, etc. Services dans la communauté	Activités parents-enfants Groupe parents : volets besoins des enfants, rôle parental, besoins comme personnes, ressources à utiliser, etc., Groupe de partage, d'entraide Activités dans la communauté Groupe thérapeutique, Etc.

10. C. Lacharité, et coll. (2005) Le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire. Nouvelle génération. Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR, p. 58-63.

11. Ibid., p. 58-59.

12. Ibid., p. 59-60.

13. Ibid., p. 62.

N.B. L'intérêt de développer des liens significatifs avec une personne non-professionnelle, d'améliorer les conditions de vie, de soutenir l'intégration sociale et l'adaptation à la réalité québécoise seront abordés dans l'axe « Réseaux ».



Le parent à titre de personne et de parent

L'axe d'intervention « PARENTS »

Deux cibles d'intervention :

Le parent à titre de parent et de personne.

Le suivi individuel et les activités de groupe permettent d'aborder les différents thèmes en rapport avec les deux cibles d'intervention.

1. Cible d'intervention du parent comme parent : des pratiques centrées sur les capacités parentales.

L'intervention vise à soutenir les parents pour leur permettre d'exprimer leur perception comme parent, à mieux répondre aux besoins affectifs, physiques et éducatifs des enfants (rôle des parents) et à avoir une relation parents-enfant optimale. On portera une attention particulière aux pères afin de bien les rejoindre et d'adapter des interventions de manière à tenir compte de leurs caractéristiques, de leurs besoins et de leur réalité.

Le cadre d'analyse britannique indique que les parents doivent assurer à leur enfant les soins de base, la sécurité, l'amour et l'affection, la stimulation, l'encadrement et la stabilité.

Voir la description plus détaillée des réponses aux besoins de l'enfant par les figures parentales à l'annexe 6

Les interventions individuelles ou de groupe devraient viser les objectifs suivants¹⁴.

Pour la relation parents-enfant

- Avoir du plaisir avec son enfant
- Créer des liens avec son enfant
- Donner à l'enfant le sentiment qu'il est protégé et en sécurité
- Donner à l'enfant le sentiment qu'il est compétent et est en mesure de prévoir ce qui va se passer
- Donner des limites à l'enfant, les expliquer et les maintenir.

Pour le parent à titre de parent

- Aborder les exigences et obligations sociales du rôle de parent
- Échanger sur les différences entre être mère ou père

14. C. Lacharité, et coll. (2005) Le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire. Nouvelle génération. Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR, p. 66.

- Faire équipe en tant que parents
- Prendre des décisions et résoudre les problèmes
- Prendre conscience des modèles parentaux de son enfance et en connaître d'autres au besoin
- Exprimer les émotions vécues dans les relations avec son enfant
- Composer avec le stress parental
- Développer un sentiment de compétence comme parent

Modalités d'intervention qui contribuent à améliorer les capacités parentales: suivi individuel, groupe-parents de partage et d'entraide, groupe thérapeutique, groupe parents-enfants, thérapie individuelle ou de groupe, activité communautaire, etc.

À un niveau informel, les parents pourront profiter des activités collectives, décrites dans l'axe « Réseaux » (activités dans la communauté, liens avec des personnes issues du réseau informel, etc.) et s'y investir.

2. Cible d'intervention du parent à titre de personne: recourir à des pratiques centrées sur l'efficacité personnelle et le bien-être.

L'objectif est de soutenir les parents pour les aider à exprimer leur perception comme personne (homme ou femme) et à améliorer leur disponibilité affective à l'égard de l'enfant.

Le suivi individuel et les activités de groupe devraient poursuivre les objectifs suivants¹⁵.

Le parent à titre de personne

- Échanger sur les divers types de famille
- Aborder l'intimité conjugale
- Développer le sentiment de se sentir utile et productif
- Participer aux décisions qui influencent sa vie
- Intégrer l'histoire personnelle et familiale de son passé.

Nous croyons utile d'y ajouter ces quatre objectifs :

- Mieux se connaître et s'accepter comme homme ou comme femme
- Apprendre à communiquer efficacement
- Participer à des activités individuelles ou de groupe pour récupérer, se faire du bien
- Créer des liens satisfaisants avec d'autres adultes

Modalités d'intervention par rapport au mieux-être personnel: suivi individuel, groupe-parents de partage et d'entraide, thérapie individuelle ou de groupe, activités dans la communauté, liens significatifs une personne soutien (personnes non-professionnelles), etc.

15. Ibid., p. 66.

3.3.3 L'axe d'intervention « RÉSEAUX »



L'axe RÉSEAUX

L'axe d'intervention « RÉSEAUX »

Cadre d'analyse écosystémique	Préoccupations cliniques	Cibles d'intervention	Modalités d'intervention	
			Individuelle/familiale	En groupe
Facteurs environnementaux : – Revenu et emploi – Habitation – Intégration sociale – Ressources et services de la communauté	Développement de liens significatifs et stables avec une figure non-professionnelle Amélioration des conditions de vie Soutien à l'intégration sociale et à l'adaptation à la réalité québécoise Mobilisation du réseau pour faciliter l'accès aux services et favoriser le partenariat	Réseau informel Réseau formel 2 angles : – Contribution du réseau – Soutien à apporter au réseau	Interventions de soutien au réseau informel et formel Rencontres d'information, de concertation, de collaboration, de partenariat, etc. Accompagnement par une personne soutien pour la famille Accompagnement de la famille vers les ressources	Activités collectives auprès des parents Rencontres, comités d'information, de collaboration, de partenariat

L'axe d'intervention « Réseaux »

Deux angles possibles :

La contribution du réseau : selon ses possibilités, chacun contribue à ce que l'enfant reçoive une réponse à ses besoins.

Le soutien à apporter au réseau : le réseau peut avoir besoin d'un partenaire pour être en mesure de contribuer à ce que l'enfant reçoive des réponses à ses besoins.

Deux cibles d'intervention :

Le réseau informel et le réseau formel.

Le réseau informel est composé des organismes communautaires, du réseau d'entraide et de soutien, d'associations et regroupements de la communauté, de personnes soutien, etc.

Le réseau formel est composé d'établissements – CSSS, CJ, hôpitaux et cliniques, écoles, CPE, centres dédiés à la réadaptation physique, à la déficience intellectuelle, aux dépendances, etc.

Voici les objectifs poursuivis au niveau des relations parent-environnement¹⁶ :

- Connaître le soutien et les ressources dont une famille a besoin
- Échanger sur le rôle des institutions dans la vie familiale
- Échanger sur les valeurs familiales par rapport aux valeurs sociales

16. C. Lacharité et collaborateurs. (2005) Le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire. Nouvelle génération. Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR, p.66.

- Discuter de la violence dans la famille et la société
- Discuter des rapports homme/femmes
- Discuter de la famille et du travail
- Discuter de la famille et de l'école
- Échanger sur l'amitié
- Développer le sentiment d'être aidé et soutenu



Le réseau informel et le réseau formel

Certains des objectifs ci-après sont en relation avec le réseau informel, ou le réseau formel, ou les deux.

1. Cible d'intervention dans le réseau informel

Les activités collectives¹⁷ permettent aux parents, aux enfants ou à la famille de participer pour s'impliquer, se distraire, se détendre, créer des liens, etc. Ces activités visent une participation comme citoyen et offrent l'occasion aux familles de mettre en application ce qu'ils ont acquis comme attitudes, compétences et intérêts.

Modalités d'intervention : activités extérieures (fêtes, etc.), activités parents-enfants, activités de couple, cinéma avec discussion, activités manuelles, artistiques, sportives, etc.

L'accompagnement des familles par une personne soutien vise à développer des liens significatifs, réguliers et stables avec au moins une figure non-professionnelle appartenant à la communauté locale de la famille (parent soutien, parent visiteur, bénévole, aidant naturel, etc.). On cherche ainsi à fournir à l'enfant, aux parents ou à la famille une source privilégiée de soutien social informel¹⁸. Le recrutement, l'encadrement et le soutien doivent être assumés par des personnes ne jouant pas de rôle psychosocial auprès de la famille afin de préserver l'intégrité de la relation entre les agents et la famille¹⁹.

2. Cible d'intervention dans le réseau formel

Le but est ici d'offrir les services en complémentarité, en continuité (et en intensité) pour que les besoins des enfants soient satisfaits de façon optimale. Pour y arriver, la famille, les intervenants, organismes et les établissements auront à s'informer, se consulter, se concerter et à partager les décisions et les actions.

Les pratiques tiendront compte de :

- l'amélioration des conditions de vie, soit les besoins en logement, nourriture, vêtements, aide-ménagère, emploi, études, loisirs, etc.

17. Ibid., p. 68

18. Ibid., p. 70.

19. Ibid., p. 71.

- le soutien aux familles dans leur intégration sociale et leur adaptation à la réalité québécoise
- la mobilisation du réseau pour faciliter l'accès aux services et favoriser le partenariat.

Tableau Synthèse de l'intervention

AXE 1 « ENFANTS »

Cadre d'analyse écosystémique	Préoccupations cliniques	Cibles d'intervention	Modalités d'intervention	
			Individuel/famille	Groupe
Besoins de développement de l'enfant : – Santé – Éducation, développement comportemental et affectif – Identité – Relations familiales et sociales – Présentation de soi – Habilités à prendre soin de soi	Bien-être physique Attachement Liens avec des personnes significatives Retards de développement Traumas Occasions de socialisation Relation parents-enfants Estime de soi Développement de compétences par le plaisir, l'effort et la persistance Réalisation de soi	Sur le plan personnel social éducatif clinique	Loisirs Liens avec adultes significatifs Suivi individuel Rencontres enfants-parents Thérapie Services spécialisés : soins infirmiers et médicaux, orthophonie, ergothérapie, psychiatrie, etc.	Loisirs Activités parents-enfants Groupe enfants : entraide, stimulation, activités rééducatives, groupe thérapeutique, etc.

AXE 2 « PARENTS »

Cadre d'analyse écosystémique	Préoccupations cliniques	Cibles d'intervention	Modalités d'intervention	
			Individuelle/familiale	Groupe
Réponses aux besoins par les figures parentales : – Soins de base – Sécurité – Amour et affection – Stimulation – Encadrement – Stabilité Facteurs familiaux : – Histoires des figures parentales et fonctionnement actuel – Histoire et fonctionnement de la famille – Famille élargie	Réalité des pères Capacités parentales Traumas Efficacité personnelle et bien-être comme personne	Parent comme parent Parent comme personne	Suivi individuel Rencontres de couple, rencontres familiales Thérapie Services spécialisés : santé mentale, toxicomanie, etc. Services dans la communauté	Activités parents-enfants Groupe parents : volets besoins des enfants, rôle parental, besoins comme personnes, ressources à utiliser, etc., Groupe de partage, d'entraide Activités dans la communauté Groupe thérapeutique, Etc.



AXE « RÉSEAUX »

Cadre d'analyse écosystémique	Préoccupations cliniques	Cibles d'intervention	Modalités d'intervention	
			Individuelle/familiale	En groupe
Facteurs environnementaux : – Revenu et emploi – Habitation – Intégration sociale – Ressources et services de la communauté	Développement de liens significatifs et stables avec une figure non-professionnelle Amélioration des conditions de vie Soutien à l'intégration sociale et à l'adaptation à la réalité québécoise Mobilisation du réseau pour faciliter l'accès aux services et favoriser le partenariat	Réseau informel Réseau formel 2 angles : – Contribution du réseau – Soutien à apporter au réseau	Interventions de soutien au réseau informel et formel Rencontres d'information, de concertation, de collaboration, de partenariat, etc. Accompagnement par une personne soutien pour la famille Accompagnement de la famille vers les ressources	Activités collectives auprès des parents Rencontres, comités d'information, de collaboration, de partenariat

3.3.4 Le plan d'intervention et le plan de service individualisé

Le plan d'intervention et le plan de service individualisé sont deux outils incontournables. Élaborés avec la famille, ils permettent de situer les objectifs, les moyens et les modalités d'intervention. Ces formes de contrats représentent les engagements collectifs qui nous rassemblent. Un plan d'intervention doit figurer dans le dossier des familles, comme le prévoit la loi. Lorsque plusieurs établissements sont impliqués, s'y ajoute un plan de service individualisé. Comme l'intervenant responsable de la famille ne devrait intervenir seul qu'en de rares occasions, il aura à élaborer un plan d'intervention avec la famille et avec certains collègues ; il peut aussi avoir à faire un plan de service individualisé et servir de personne pivot. Il est nécessaire que la personne responsable du plan d'intervention, ou du plan de service, assume un leadership clinique pour accompagner l'enfant, les parents, la famille, les personnes significatives, les collègues et les partenaires dans la démarche. La lecture commune, la participation active selon les mandats et moyens de chacun et le partenariat famille-organismes-établissements efficace et bien coordonné devraient guider la démarche. Idéalement, l'intervenant assurant ce rôle devrait être le même tout au long de l'intervention et assurer des épisodes d'intervention plus ou moins longs, plus ou moins intensifs, selon la contribution des autres partenaires. Lorsqu'un changement d'intervenant est nécessaire, un temps de préparation impliquant les intervenants et la famille est prévu pour permettre une transition.

Le plan d'intervention est un outil de planification et de coordination commun au jeune, à sa famille et à l'intervenant (ou aux intervenants) d'un même établissement. Il est élaboré avec la famille à partir de la lecture commune des besoins de l'enfant et il tient compte des axes ENFANTS-PARENTS-RÉSEAUX. Une priorisation des objectifs à poursuivre devra être convenue avec la famille.

Le plan d'intervention permettra de situer dans quelle direction les efforts seront mis, tant chez l'enfant, les parents, la famille que chez l'intervenant (ou les intervenants). Il devra spécifier quels sont les objectifs à atteindre, identifier les forces à partir desquelles les difficultés seront travaillées, qui fait quoi et avec quels moyens. Tous ces éléments permettent de départager les responsabilités et les tâches de chacun. Les objectifs et les moyens devraient être concrets, réalisables et stimulants.

La révision du plan d'intervention consiste à revoir le degré d'atteinte des objectifs et l'actualisation des moyens. C'est l'occasion de partager les éléments cliniques nouveaux, de définir de nouveaux objectifs ou de mettre fin à l'intervention. La révision du plan d'intervention se fait régulièrement selon les besoins et en accord avec les règles en vigueur.

L'utilité du plan d'intervention pour les intervenants

- La démarche d'élaboration du P.I. constitue un moyen de mise en relation entre le jeune et ses parents, sa famille et les intervenants.
- Le fait de rédiger un document écrit peut aider à structurer la pensée de l'intervenant.
- Le P.I. est une réponse à une exigence de la loi qui appuie la valeur clinique de la démarche.
- L'outil peut faciliter la revue du dossier.
- L'outil peut assurer la continuité clinique ; il sert de fil conducteur, autant pour les intervenants en place que lors de changements d'intervenants.
- L'outil sert de moyen de communication avec les autres services professionnels. Il facilite l'arrimage entre les services d'un même établissement.
- Par le biais du soutien clinique aux intervenants, le fait de revoir le processus d'élaboration du P.I., constitue un des moyens pour s'assurer du maintien du sens clinique, de la pertinence et de la qualité de la démarche.

Le **plan de service** sera élaboré lorsque la complexité des besoins nécessite que plus d'un établissement apporte des services à la famille et que ceux-ci soient coordonnés. Il est aussi souhaitable que les organismes ou ressources impliqués participent au plan de service. L'intervenant pivot est la personne qui est reconnue par la famille comme une personne significative. C'est elle qui coordonne le plan de service. Elle peut provenir du CSSS, du Centre jeunesse ou d'un autre établissement. Cette personne joue un rôle important sur le plan de la continuité relationnelle et de l'intégration des services. Elle est le pôle de référence pour la famille dans la recherche de solutions pour que l'enfant trouve réponse à ses besoins. En ce sens, elle peut jouer différents rôles :

- Interventions directes avec la clientèle ;
- Accompagnement de la clientèle vers d'autres ressources ;
- Mise en lien entre les ressources.

Les plans de service sont élaborés au moins une fois par année. Quoique cette pratique soit souhaitable, elle n'est pas encore bien consolidée. Des efforts restent à faire pour mieux coordonner les actions des différents établissements, organismes et ressources impliqués.

L'utilité du plan de service pour les différents partenaires

- La démarche d'élaboration du plan de service constitue un moyen de mise en relation entre la famille et les partenaires impliqués.
- Le fait d'avoir un document écrit permet d'assurer un suivi de la démarche, de coordonner les actions de chacun et de rechercher ensemble des solutions selon l'évolution de la situation, autant pour la famille que pour les partenaires.
- Le plan de service peut assurer la continuité des services et servir de moyen de communication entre les partenaires et la famille.

Le plan d'intervention et le plan de service prennent tout leur sens dans les cas suivants :

- La famille participe à son élaboration et est partie prenante des décisions. Chacun sait à quoi il s'engage.
- La famille se reconnaît dans le choix des objectifs et des moyens. Chacun sait qu'il aura à faire des démarches concrètes en fonction de ce qu'il a choisi de travailler en vue de résoudre la situation problématique. L'intérêt de l'enfant doit être la préoccupation de tous.
- Le plan d'intervention et le plan de service permettent à chacun des membres de la famille de clarifier ce dont il a besoin pour se développer au sein de la famille et en relation avec les différents services. Chacun sait qu'il peut recevoir de l'aide des intervenants et des organismes, ressources et établissements, en fonction de leur mission et de leurs moyens.
- De plus, le plan d'intervention devient un outil de cheminement pour chacun au quotidien ; c'est un outil utilisable, présent et vivant.
- Le plan de service devient un outil de coordination pour la famille et pour chacun des partenaires.
- Le plan d'intervention et le plan de service mobilisent chacun parce qu'il précise la situation et les solutions utilisées en misant sur l'utilisation des forces et des ressources de chacun.
- Le plan d'intervention et le plan de service créent l'espoir qu'à l'échéance l'objet de la demande de la famille sera satisfait. Chacun sait dès le point de départ quand l'intervention doit se terminer.
- L'élaboration du plan d'intervention et du plan de service contribue à construire une relation de confiance et suscite un sentiment d'engagement.
- Le plan d'intervention et le plan de service sont le reflet réel de la situation et visent à diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection. Il témoigne des forces en présence, des besoins de l'enfant, des parents et de la famille, des solutions et des dispositions de chacun à adhérer à une démarche de changement. Chacun sait que ce plan de travail peut être révisé en tout temps d'un commun accord, si la vie du jeune et de sa famille se modifie, si la participation des partenaires change ou encore si les résultats le justifient.

L'élaboration du plan du plan d'intervention ou du plan de service sera une autre occasion d'actualiser les valeurs : Respect-Engagement-Collaboration-Rigueur et de respecter des principes à la base du programme-cadre : vision commune, faire alliance, approche centrée sur les forces, intégrer les services, etc.

L'animation et l'organisation de ces rencontres devraient refléter les préoccupations afin que la famille se sente à l'aise, écoutée, respectée, motivée, soutenue :

- Favoriser un climat de confiance, vocabulaire accessible, choix du nombre de personnes présentes en fonction des besoins de la famille (et non pas des enjeux organisationnels), lien privilégié de la famille avec au moins un intervenant ou une personne soutien, etc.
- Être centré sur la réponse aux besoins des enfants, voir à l'intérêt de l'enfant, se référer à un vocabulaire commun, utiliser les forces et ressources de chacun, respecter les lacunes et trouver des solutions, etc.
- Faire partie de la solution, être actif, s'engager, favoriser la communication, etc.

3.3.5 Le processus de fin d'intervention

À la fin d'une intervention, certaines familles y verront une confirmation de leurs progrès et seront fières de terminer la relation avec les intervenants, ce qui n'empêche pas de vivre diverses émotions – peine, inquiétude, soulagement, etc. Pour d'autres, il peut être difficile de mettre fin à des relations et on peut voir apparaître des régressions, de l'agressivité, de la fermeture... C'est pourquoi nous estimons qu'il est important de préparer la fin de l'intervention. La famille doit disposer d'un espace et d'un temps suffisant pour cheminer, exprimer ses émotions, préparer concrètement la fin des services et se projeter dans l'avenir.

Il est important de garder une trace des services donnés tout au long de l'intervention en négligence. Lors de la dernière rencontre avec les parents dans le cadre du programme, le coordonnateur du plan de service ou le coordonnateur du plan d'intervention, en collaboration avec les différents partenaires présents, échange avec la famille sur plusieurs sujets :

- les progrès réalisés
- la satisfaction des services offerts et leur efficacité
- les défis à rencontrer
- les scénarios à envisager dans les situations problématiques à venir
- les services possibles

Le coordonnateur du plan de service ou du plan d'intervention s'assure aussi d'inclure la contribution de partenaires dont l'intervention était déjà terminée.

Chacun des intervenants impliqués est responsable de transmettre l'information sur les services spécifiques qu'il a rendus. Une note au dossier témoigne des services donnés, des résultats et des recommandations, s'il y a lieu.

3.3.6 Les outils et ressources d'intervention

Les axes d'intervention « Enfant », « Parents », « Réseaux » ayant été bien définis, nous suggérons certains **outils**, à titre indicatif, **pour enrichir l'intervention individuelle, familiale ou de groupe.**

- **Les guides d'animation d'activités déjà en place en CSSS ou en CJ** qui répondent bien aux visées de l'intervention, telles que présentées dans le programme-cadre. Un inventaire des activités offertes dans les CSSS et CJ de Montréal est disponible²⁰. Voici quelques exemples : les ateliers de stimulation, Les placoteux, La maison bleue qui offre plusieurs types d'activités, Groupe multi famille, Samedi d'y aller, Bienvenu à NDG, Programme d'aide aux devoirs, Terrific toddlers, Ces années incroyables, Grandir ensemble, Family fun, PEDAP, etc.
- **La trousse Moi, comme parents... (0-11 ans)**²¹ (bilingue)

Quatre éléments de base forment cette trousse.

- Les outils d'intervention : les illustrations varient selon l'âge de l'enfant et le sexe du parent (mère, père). Ces outils facilitent l'échange et la mise en relation.
- Le guide d'accompagnement, le document vidéo de présentation, le cédérom permettant la reproduction de certains éléments.

Voici la liste des thèmes :

- 1- Qualités d'un enfant (jaune)
- 2- Compétences parentales (bleu) : version mère et père
- 3- Plaisirs partagés (rouge)
- 4- Activités pour récupérer (vert)
- 5- Soutien du réseau social (bourgogne)
- 6- Inquiétudes du parent (mauve)
- 7- Défis rencontrés et évolution parentale (orangé)

Il existe une version en français, en anglais et en italien. L'outil peut être utile avec une clientèle qui ne maîtrise pas la langue. Cet outil est bien apprécié des parents et des intervenants.

Consulter le site : www.moicommeparent.com

- **Jeux d'enfants... Apprendre avec toi (0-5 ans)**²²
Activités sous forme de jeux pour stimuler le développement de l'enfant. Des photographies illustrent chaque jeu. Les jeux comportent des descriptions détaillées portant sur les différentes façons de jouer, indiquant à quoi s'attendre de la part de l'enfant et expliquant en quoi cette activité est importante. Chacun des cinq volumes (0-12 mois, 12-24 mois, 24-36 mois,

20. Pour plus d'informations, consulter : S. Young. Programme-cadre montréalais en négligence : *La situation montréalaise en négligence*.

21. Suzanne Laviguer et autres. La trousse Moi, comme parent... CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 2010.

22. J. Sparling et I. Lewis. Jeux d'enfants... Apprendre avec toi (traduction du programme Learning Games de L'Abecedarian). 2006.

36-48 mois, 48-60 mois) propose un texte sur le développement approprié à l'âge de l'enfant, une liste d'étapes développementales et une table des matières qui fait correspondre chaque jeu aux aspects du développement qu'il stimule. Les jeux peuvent être faits par les intervenants ou les parents.

Les ressources

L'enfant, les parents et la famille peuvent avoir besoin de l'aide de plusieurs ressources. Sur le terrain, les familles et les intervenants font appel à de nombreux partenaires, qui sont tout aussi importants les uns que les autres. On peut penser aux CPE, aux garderies, aux écoles, aux organismes certifiés en dépendances, aux centres de crise et aux organismes œuvrant en santé mentale, aux cliniques médicales, aux hôpitaux, etc. Le milieu communautaire s'avère être aussi d'une très grande richesse, car il peut réellement changer les choses dans la vie des familles ayant des difficultés en rapport avec la négligence. Les tables de concertation et le réseau local de services sont, entre autres, des instances fort utiles pour bien connaître les ressources d'un territoire.

Quelques types de ressources communautaires

- Comités de vie de quartier
- Clubs de loisirs pour garçons et filles
- Maison des familles, Maison des enfants
- Ressources de personnes soutien
- Ressources d'aide aux devoirs
- Cuisines collectives
- Comptoir de dépannage (vêtements, objets pour la maison, etc.)
- Ressources de soutien à l'adaptation et intégration sociale
- Ressources de défense des droits
- Ressources de soutien à la gestion du budget

3.4 Mécanismes de collaboration et soutien aux intervenants

3.4.1 Les mécanismes de collaboration

Les CSSS et les CJ disposent de règles précises quant aux mécanismes de collaboration. Chaque établissement a sa façon de gérer les demandes. **Les familles qui ont besoin de services parce qu'elles présentent des difficultés en rapport avec la négligence ont recours aux mécanismes déjà en place**²³. Il n'y a pas de mécanismes particuliers pour ces demandes. Le formulaire de référence standardisé régionalement est utilisé pour les demandes de service ou de transfert personnalisé des CJ vers les CSSS.

Pour les demandes en rapport avec le programme-cadre montréalais en négligence, nous privilégions le transfert personnalisé. Comme le précise

23. Les familles aux prises avec la négligence ou à risque de négligence suivies par les SIPPE sont accompagnées par une intervenante privilégiée. Des modalités de collaboration seront adaptées selon les besoins.

le guide de partenariat, avec l'accord de l'enfant et de sa famille et après entente avec le représentant du partenaire, une rencontre est organisée par l'intervenant déjà impliqué pour présenter l'enfant et sa famille au nouvel intervenant et assurer une continuité des interventions.

3.4.2 L'organisation du travail : regroupement des intervenants impliqués auprès de la famille

Ayant fait le choix d'une vision écosystémique, d'une part, et vu que la problématique de la négligence est complexe et multifactorielle, d'autre part, l'organisation du travail doit refléter ce choix. La présence d'un seul intervenant ne peut suffire. De plus, intervenir seul amène souvent un sentiment d'isolement et d'impuissance. C'est pourquoi la modalité de travail qui regroupe les intervenants impliqués devient intéressante.

Au CJM-IU, cette modalité, en place depuis quelques années, se nomme « Travail en cellule d'intervention ». De fait, nous constatons que le travail en cellule permet de :

- miser sur l'effort conjugué d'un groupe d'intervenants pour agir sur plusieurs facteurs de risque et mobiliser les clients vers la recherche de solutions
- intensifier l'intervention auprès des clients et favoriser la continuité de celle-ci
- briser l'isolement des intervenants, partager et envisager différentes solutions à offrir à la clientèle
- faciliter la gestion du risque associée à la situation de l'enfant.

Définissons d'abord ce concept²⁴ : « La cellule d'intervention réfère à un regroupement transitoire et généralement non permanent d'intervenants autour d'un enfant et de sa famille. La composition de la cellule vise essentiellement à répondre à l'objectif commun et partagé, dans le cadre d'un programme ou d'un service. Elle se compose lorsque le besoin apparaît, en fonction de critères définis. La réponse et la mobilisation des différents individus composant la cellule peuvent être complémentaires en assurant une permanence de l'action dans une forme de relais de l'intervention. Elles peuvent aussi référer à des tâches se juxtaposant les unes aux autres. »

Nous avons opté pour cette organisation du travail parce qu'elle a été expérimentée et qu'elle offre de nombreux avantages. L'intervenant principal de la famille peut donc profiter de la présence de collègues intra-établissement (ex. : collègues de son équipe ou d'une autre équipe) ou extra-établissement (CSSS, CJ, organismes communautaires, centre de la petite enfance, milieu scolaire, milieu hospitalier, etc.). Les différentes compétences ou expertises mises à contribution peuvent être de plusieurs ordres : animation d'activités de groupe, expertise au niveau des communautés culturelles, connaissances et contacts avec les organismes communautaires ou autres établissements,

24. P. Keable. *Quelques repères autour de la notion de cellule d'intervention*. CJM-IU. 2009

expertise au niveau d'une problématique associée (suivi pré ou postnatal, santé mentale, toxico, etc.), partenaires dans l'intervention, etc. Les participants demeurent au sein du regroupement, le temps requis pour remplir ses tâches. Il est important de bien préciser le rôle de chacun auprès de la famille. Comme l'aspect relationnel revêt une grande importance, les premiers contacts avec la famille doivent être soigneusement préparés.

L'intervenant responsable du dossier d'une famille demeure actif auprès de celle-ci tout au long de l'intervention, avec plus ou moins d'intensité selon les besoins. L'intervenant peut travailler en collaboration avec plusieurs partenaires et la famille peut recevoir des services d'autres intervenants et d'autres établissements ou organismes.

Le nombre d'intervenants s'impliquant auprès de la famille doit être le plus restreint possible en fonction des besoins discutés avec la famille. Les rôles et responsabilités doivent être bien définis.

La continuité est à privilégier le plus possible sur le plan relationnel et sur le plan des interventions.

3.4.3 Le soutien aux intervenants

Le soutien aux intervenants constitue une priorité. Selon, Lecompte (2011)²⁵, le défi pour les intervenants est de maintenir l'équilibre des inévitables fluctuations, perturbations et ruptures relationnelles inhérentes au contexte de travail avec des familles en difficulté. Quoiqu'il vive des moments stimulants, encourageants et valorisants, l'intervenant est aussi souvent confronté à des situations de tension interpersonnelle, d'expression d'hostilité, de critique, d'érotisation et de séduction, d'évitement, de retrait et de passivité. Il est donc important qu'il puisse prendre la distance nécessaire qui lui permette d'atteindre un certain « accordage affectif. »

Il rappelle qu'un déséquilibre peut faire en sorte que l'intervenant centre sa position sur sa perspective. Il cherchera alors à ce que l'autre adopte sa perspective. Il peut se centrer sur la perspective du client et chercher à être de son côté, sans s'en distinguer suffisamment, ou encore il peut vivre un « sur accordage affectif » et sentir coupable, impuissant, avoir honte et être épuisé.

Tout comme la clientèle, il est important que l'intervenant établisse une relation de confiance dans un contexte de supervision avec son supérieur, ses collègues ou d'autres professionnels (ex. : consultants), afin d'avoir un espace de réflexion. Cela lui permet d'être attentif à sa propre expérience émotionnelle et ainsi de mieux reconnaître, tolérer, contenir et accompagner les expériences émotionnelles dues à la tension créée par le changement et la résistance du client.

25. C. Lecompte. Les critères reliés à l'efficacité de la psychothérapie (quel est le secret des intervenants efficaces). Formation donnée à la Société québécoise d'Analyse Bioénergétique. Montréal, 2011.

Il faut aussi signaler que la supervision doit permettre de partager et de dévoiler en toute sécurité tout ce qui se passe avec un client, de manière à comprendre et à composer avec ses propres états internes ainsi que ceux causés par l'interaction avec le client. Avec l'aide et le soutien du superviseur, il pourra arriver à préciser des pistes pertinentes et à intervenir avec compétence et efficacité. La formation et l'encadrement clinique constituent d'autres modalités nécessaires pour assurer le développement professionnel des intervenants.

L'établissement a la responsabilité d'offrir des modalités de supervision, de formation et d'encadrement clinique et l'intervenant a la responsabilité d'y recourir.

En résumé, notre raison d'être est « l'enfant, les parents et les familles ». Pour que les intervenants puissent remplir leur mission auprès d'eux, le soutien qui leur est offert doit tenir compte de différents volets.

- **À titre de personne : favoriser le développement de l'intervenant à partir de ses forces et limites.**
- **À titre de professionnel : assurer une ouverture de manière à améliorer ses connaissances, bonifier ses pratiques et à prendre du recul, etc.**
- **À titre de partenaire : favoriser une fluidité dans l'intervention et les échanges avec les partenaires.**

Les modalités à utiliser sont la supervision, la formation, l'encadrement clinique et les réflexions cliniques.

Pour illustrer nos propos, reprenons l'image de la montgolfière.

Enfin, en ce qui concerne les besoins de formation déterminés pour la phase d'amorce du programme, nous en ciblons deux, soit :

- la formation sur le cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant ;
- l'approche collaborative.

Les besoins ultérieurs seront déterminés autant par les intervenants que par les responsables du programme.



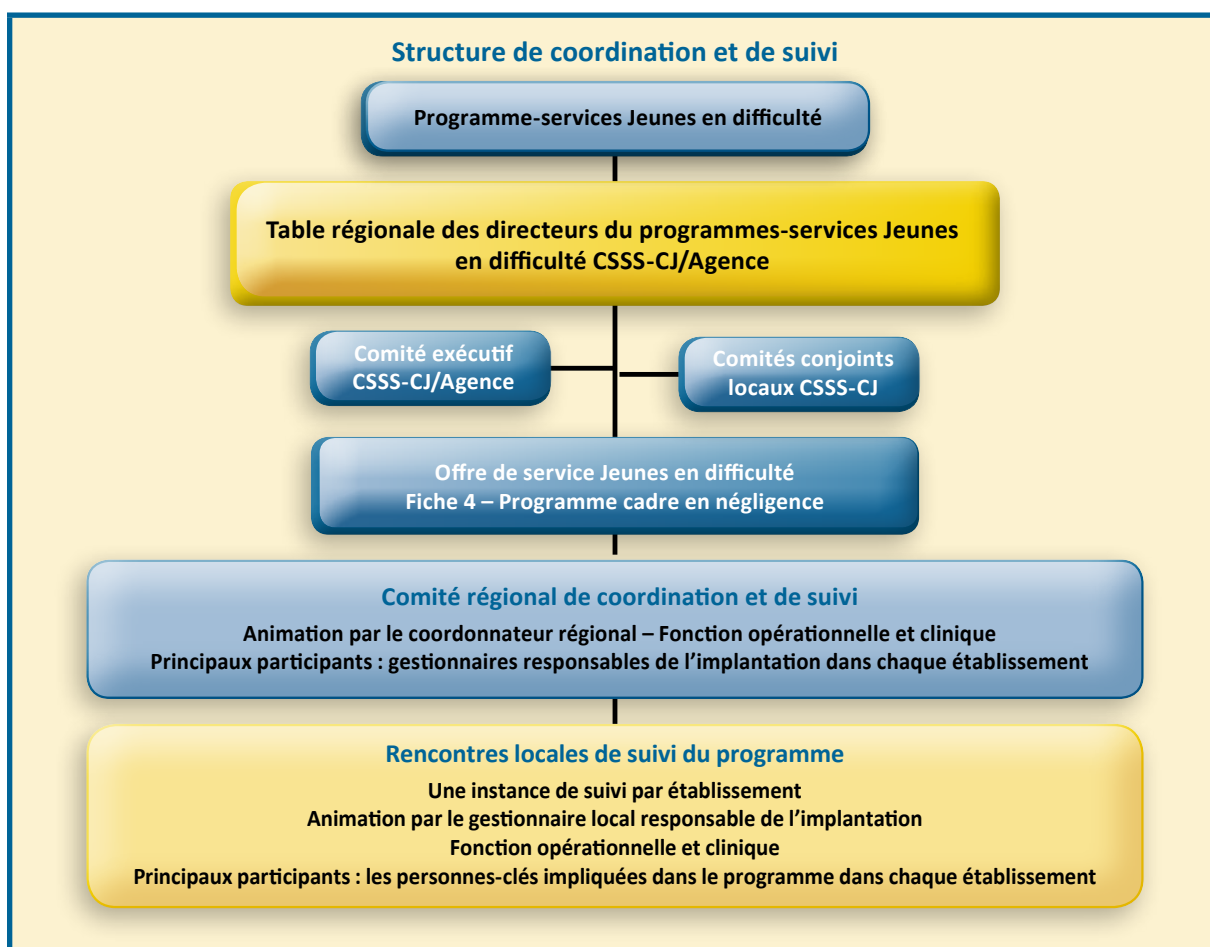
Pour en savoir plus sur le recensement des programmes, services, activités, en négligence dans les CSSS et CJ de Montréal, consulter :

Young, S. Programme-cadre montréalais en négligence : *La situation montréalaise en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services jeunes en difficulté le 17 septembre 2012. Montréal. Centre jeunesse institut universitaire. 2012.

Le document est disponible, en ligne, via le RTSS, dans la Collection numérique des centres jeunesse du Québec. Pour plus d'informations sur la Collection, n'hésitez pas à communiquer avec la Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) au 514 896-3396.

STRUCTURE DE GESTION ET DE SOUTIEN AU PROGRAMME

Pour s'assurer du respect des orientations choisies et coordonner les différentes actions liées à l'implantation du programme, il est nécessaire d'avoir une structure de gestion claire, souple et efficace. Nous proposons donc la structure suivante, qui sera présentée dans cette section.



4.1 Mission et mandat

CSSS

Le programme-service « Jeunes en difficulté » offre aussi des services requérant une expertise particulière. Ceux-ci sont accessibles à une population restreinte. La demande provient d'un autre service de l'établissement ou sur référence. Les problèmes sont complexes et il y a présence de comorbidité possible. L'intervention peut se faire à court, moyen ou long terme. L'approche est axée sur le traitement et sur l'expertise. Parmi la clientèle visée, on retrouve les enfants qui présentent des difficultés suite à un ou des événements traumatisants, des enfants victimes de violence conjugale, des enfants présentant des troubles d'attachement ou troubles de comportements sérieux, mais pour lesquels la sécurité ou le développement ne sont pas compromis¹. »

L'AQESSS a produit, en mai 2011, un document² sur l'offre de service des CSSS dans le cadre des programmes Jeunes en difficulté. Quoique l'offre de service puisse varier d'un CSSS à l'autre, on y présente les services spécifiques aux jeunes en difficulté et à leur famille sous deux volets : les services plus « généraux » et ceux requérant une expertise particulière. D'abord, le programme JED (Jeunes en difficulté) cible des clientèles spécifiques jugées prioritaires qui, en général, ont été évaluées globalement par le CSSS ou par un partenaire du réseau (école, CPE, MD, centre jeunesse, etc.), ou pour lesquelles des services ont été rendus par le Centre jeunesse. Les problèmes présentés sont souvent multiples ou multifactoriels, récurrents ou présentant une certaine persistance dans le temps. Ils ne compromettent pas la sécurité ou le développement de l'enfant.

En résumé : « Le CSSS assume le leadership dans le réseau local et c'est donc à lui qu'est confié le mandat d'organiser, de concert avec les partenaires, les services de santé et les services sociaux sur son territoire, de manière à répondre aux besoins de toute sa population³. »

Centres jeunesse

Les centres jeunesse assurent la protection et le bien-être des enfants et des jeunes qui sont victimes d'abandon, de négligence, de maltraitance physique, psychologique ou sexuelle ou qui présentent des troubles graves de comportement, en vertu de la loi sur la protection de la jeunesse. Dans l'intérêt des enfants et des jeunes, comme établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ils interviennent le plus souvent en contexte d'autorité auprès de familles et de jeunes dont la situation a été portée à leur attention par des proches ou par des intervenants de différents milieux. **La LPJ est une loi d'exception** et revêt un caractère d'aide contrainte.

Le CJM-IU offre des services à la clientèle francophone et allophone de l'île de Montréal. Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw offrent des services à la clientèle anglophone et à la clientèle allophone dont la deuxième langue d'usage est l'anglais,

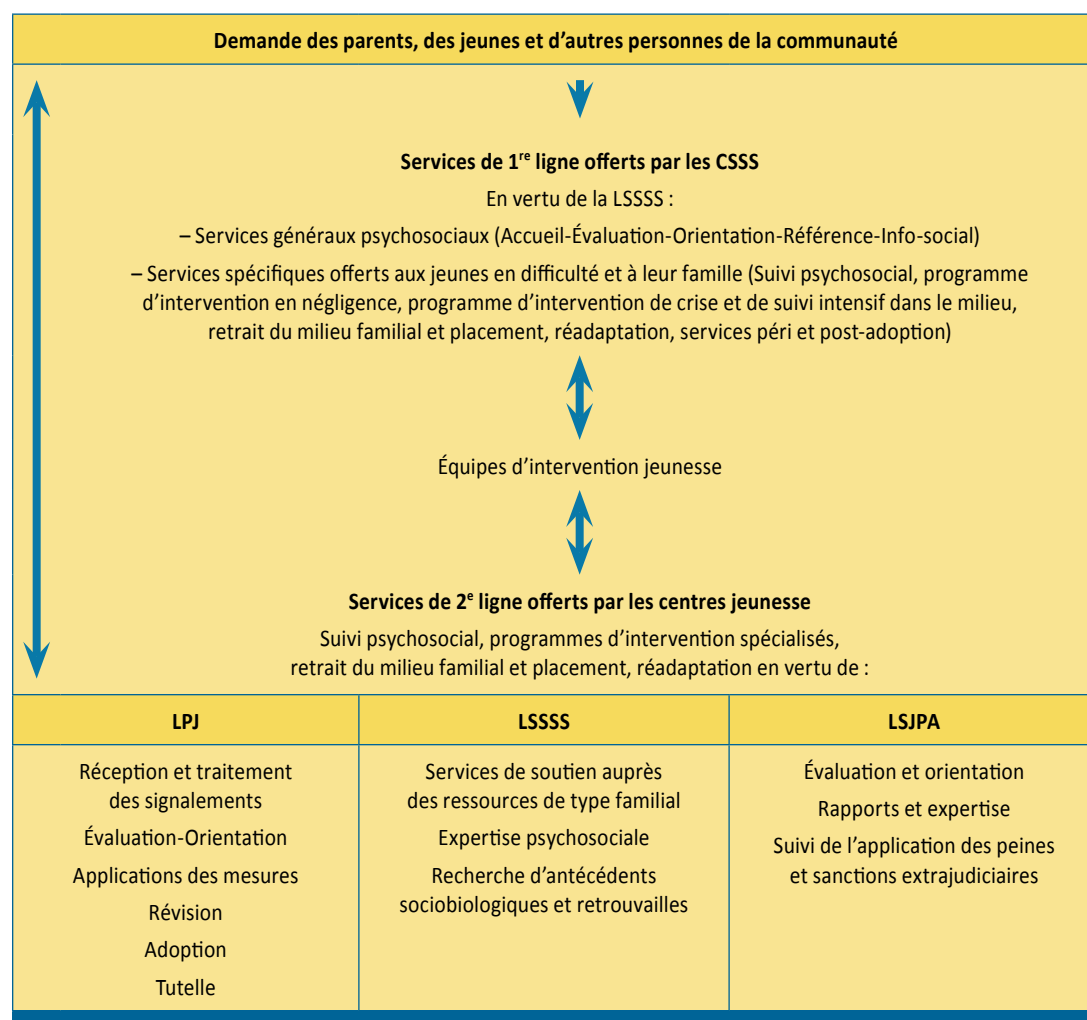
1. Young, S. Programme-cadre montréalais en négligence : *La situation montréalaise en négligence*. Op. cit.
2. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. *Offre de service des CSSS aux jeunes en difficulté et à leur famille*, mai 2011.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux, projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, Québec, octobre 2004.

ainsi qu'à la communauté juive, en anglais ou en français. Des services d'hébergement en réadaptation sont également disponibles sur entente pour la clientèle anglophone ailleurs au Québec.

En rapport avec les préoccupations concernant la clientèle aux prises avec des difficultés liées à la négligence, des modifications à la LPJ viennent préciser certains objectifs :

1. Favoriser la continuité et la stabilité pour les enfants.
2. Promouvoir la participation de l'enfant et de ses parents aux décisions et aux choix des mesures.
3. S'assurer du caractère exceptionnel de l'intervention d'autorité de l'état dans la vie des familles.
4. Concilier la protection des enfants et le respect de la vie privée.
5. Moderniser les processus judiciaires⁴. »

Le tableau suivant vient illustrer la trajectoire de service pour les jeunes en difficulté⁵.



4. Ibid.

5. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. *Op. cit.*

Des missions à partager

Plus on se penche sur la compréhension de la problématique de la négligence, plus on constate que les missions telles que définies et actualisées ne répondent pas de façon optimale aux besoins de la clientèle. Voici quelques observations.

- Des réponses sont apportées en silos à des clientèles qui, soit sont en mesure de formuler une demande d'aide, soient sont aidées dans le cadre de la LPJ, une loi d'exception. Par ailleurs, certaines des familles vulnérables plus isolées, peu ou pas connues des intervenants, ne feront pas de demandes d'aide. Elles ne recevront donc pas de services jusqu'à ce qu'elles soient signalées.
- Le caractère multiproblématique en cause dans les situations de négligence engendre de nombreuses discontinuités (entre programmes, entre établissements), d'où des ruptures fréquentes des liens établis après un investissement important.
- L'importance de la détresse de ces familles, souvent à plusieurs niveaux (personnel, économique, social), entraîne de fréquentes situations de crise qui peuvent requérir tantôt des services des CSSS, tantôt la protection de la jeunesse.
- Une compréhension étroite des mandats de chacun peut faire en sorte que la clientèle n'est pas suffisamment accompagnée lors des passages d'un établissement à l'autre, ce qui augmente la difficulté pour celle-ci de recourir aux services.

Le fait d'opter pour une vision écosystémique de la négligence nous oblige à rendre plus fluides les frontières entre établissements pour fournir une réponse mieux adaptée. Voici ce que nous en retenons.

Les **CSSS sont les premiers responsables de donner des services dans le cadre de la LSSS**. Mais certaines familles qui requièrent leurs services auront aussi besoin de services provenant d'autres établissements, soit parce qu'ils fournissent des services plus spécialisés, soit parce que, à une période particulièrement difficile, un signalement est retenu et que le Centre jeunesse a aussi un rôle à jouer.

Les **centres jeunesse sont les premiers responsables de donner des services dans le cadre de la LPJ**, mais certaines familles recevant des services d'un CJ ou orientées vers le CSSS (après un signalement non retenu ou parce que la sécurité et le développement sont déclarés non compris) auront aussi besoin d'autres dispensateurs de service, dont le CSSS de leur quartier.

4.2 La Table régionale des directeurs du programme-services jeunes en difficulté

La Table régionale a le mandat d'implanter les dénominateurs communs de l'offre de service du programme-services Jeunes en difficulté, de développer des projets de concertation et de soutenir les 14 établissements membres de la table des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté. Ce mandat met l'accent sur la continuité, la qualité, la complémentarité, l'accessibilité et l'efficacité du programme-services. La Table est formée de directeurs de CSSS responsables du programme-services Jeunes en difficulté, de directeurs des centres jeunesse et de l'Agence de la santé et des services sociaux. Elle est soutenue par la Direction des affaires universitaires du CJM-IU et elle est appuyée par un comité exécutif nommé par les membres de la Table.

Le programme-cadre montréalais en négligence est donc un des projets issus de la Table.

4.3 Le comité régional de coordination et de suivi

Le comité de coordination assure l'encadrement général de l'implantation et du suivi du programme. Il est responsable de tous les éléments organisationnels. Son rôle est d'insérer le programme à l'intérieur des structures et logiques institutionnelles locales et de s'assurer que l'esprit du programme soit conservé dans la démarche opérationnelle. Il a aussi une fonction clinique, car il doit s'assurer du respect du sens du programme et des différentes balises cliniques.

Les **responsabilités** de la **coordonnatrice régionale** sont les suivantes :

- Animer et organiser les comités de coordination régionale
- Assurer la liaison avec les instances décisionnelles des établissements et organismes partenaires locaux
- Élaborer un plan d'implantation au niveau régional
- Coordonner les plans de réalisation de chacun des territoires
- Superviser les travaux du comité de coordination et de suivi du programme
- Planifier et organiser les activités de formation qui concernent l'ensemble des territoires
- Assurer le monitoring général de l'implantation du programme
- Faire un bilan annuel de l'implantation du programme
- Assurer les liens avec la Table régionale

Voici la **composition** du comité régional de coordination et de suivi :

- La coordonnatrice régionale
- Les gestionnaires responsables de l'implantation de chacun des établissements
- Des personnes-clés, si cela s'avère nécessaire

4.4 Les comités conjoints locaux

Le **mandat des comités conjoints locaux** est d'établir des liens personnalisés et d'assurer la concertation opérationnelle entre les intervenants des établissements CSSS-CJ ainsi que de contribuer à améliorer la continuité, l'accessibilité et la qualité⁶.

Les **objectifs** sont les suivants :

- Assurer une connaissance et une animation continue du guide de partenariat.

6. Ferland, M. Leduc, M.-C. Le comité conjoint local CSSS-CJ. Région de Montréal. Guide pratique à l'intention des responsables et des participants. Montréal, septembre 2011.

- Assurer le partage d'une compréhension mutuelle auprès du personnel concerné de leur établissement, relativement à la mission, à l'offre de service et aux processus cliniques des deux établissements.
- Traiter les difficultés rencontrées dans la pratique en s'inspirant des situations difficiles, pour améliorer les processus et éviter que ces situations se répètent.
- Positionner le comité comme instance de consultation et de recommandations pour la Table régionale.
- Diffuser et animer les travaux menés par la Table régionale.

Voici la **composition** des comités conjoints locaux.

Pour les CSSS, des représentants de :

- Accueil psychosocial
- Enfance-Famille-Jeunesse
- Santé mentale jeunesse
- Scolaire
- DI-TED-DP (si pertinent)

Pour le CJM-IU :

- Service de protection de la jeunesse (accueil, DPJ, E/O)
- Services à l'enfance et adolescence en territoire
- Services de l'Accès

Pour le CJFB :

- Service de protection de la jeunesse (E/O)
- Services à l'application des mesures

4.5 Les rencontres locales de suivi du programme

Dans chacun des établissements, un gestionnaire est responsable de l'actualisation du programme et de l'offre de service. Les modalités de suivi à l'interne seront définies par les établissements.

Les **responsabilités des gestionnaires responsables** de l'implantation de chacun des établissements sont les suivantes :

- Élaborer les contenus d'activités
- Diffuser l'information à propos du programme
- Soutenir les intervenants dans l'utilisation des balises cliniques du programme-cadre
- S'assurer que le soutien aux intervenants (supervision, formation, encadrement clinique) est actualisé
- Inventorier les services reçus par les familles.

La **composition** de ces rencontres est la suivante :

Gestionnaire responsable et personnes-clés choisies (responsables des différents volets du programme : activités de groupe, liens avec la collectivité, suivi individuel, personnes soutien, etc.).

4.6 Le plan d'implantation et les plans de réalisation

Afin de rendre le programme-cadre plus opérationnel, un plan d'implantation devra être élaboré. Il devrait prévoir différentes activités de suivi, définir et organiser les modalités d'animation, définir les modalités de soutien aux intervenants (supervision, formation, encadrement), établir des ententes qui facilitent le travail intersectoriel, etc.

De plus, ce plan d'implantation devra inclure des plans de réalisation pour chacun des établissements, qui tiendront compte de leur réalité et de leur contexte ainsi que des ressources dans leur territoire. Chaque établissement est responsable d'élaborer son offre de service en se basant sur les orientations du programme-cadre montréalais en négligence, selon les axes d'intervention définis. Afin de maximiser les ressources, on met l'accent sur le partage des expertises et des compétences. Par exemple, certaines activités pourraient être co-animées par des intervenants des CSSS et ceux des centres jeunesse ou des organismes communautaires.

Pour en savoir plus sur les mandats des CSSS et CJ consulter :

Young, S. Programme-cadre montréalais en négligence : *La situation montréalaise en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services jeunes en difficulté le 17 septembre 2012. Montréal. Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. 2012.

Le document est disponible, en ligne, via le RTSS, dans la Collection numérique des centres jeunesse du Québec. Pour plus d'informations sur la Collection, n'hésitez pas à communiquer avec la Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) au 514 896-3396.

Conclusion

L'intervention en négligence pose le défi de « faire ce que l'on sait que l'on doit faire ».

Le programme-cadre montréalais en négligence vient d'abord proposer une philosophie commune d'intervention basée sur une vision écosystémique et des services intégrés qui s'applique à la clientèle présentant des difficultés en rapport avec la négligence. Pour avoir un impact sur cette problématique complexe, nous devons relever le défi de rendre plus perméables les frontières des établissements, des organisations et des services. La réponse aux besoins des enfants doit demeurer la préoccupation de tous, car nous faisons tous partie de la solution.

Des repères concrets pour l'analyse des besoins et l'intervention ainsi que divers outils viennent préciser l'application du programme. Riches d'une base commune, les CSSS et les CJ pourront bonifier leur offre de service en tenant compte des caractéristiques des familles à qui ils viennent en aide, de l'apport de leurs partenaires et du potentiel de leurs ressources.

Les différentes activités de suivi entourant l'implantation du programme, comme la formation, la supervision et l'encadrement clinique, permettront de maintenir le programme vivant et d'en garder l'esprit.

Le programme-cadre montréalais en négligence, par sa vision du phénomène de la négligence, sa philosophie d'intervention et son processus clinique d'intervention, vise à dynamiser les forces, engendrer le changement et favoriser l'espoir chez les familles aux prises avec des difficultés liées à la négligence. À ces familles, nous souhaitons qu'elles se sentent écoutées, comprises, valorisées et motivées. Nous espérons que le réseau se mobilise et contribue à ce que les parents reprennent du pouvoir sur leur vie et soient davantage en mesure d'assumer leurs responsabilités avec confiance, stabilité et efficacité afin que les enfants bénéficient de réponses optimales à leurs besoins.

Références bibliographiques

ACJQ. *Programme National de Formation (PNF) 2008-2009. Cahier du participant, compétences spécifiques réseau, module 207, Intervention auprès des familles en situation de négligence*. Association des centres jeunesse du Québec. 2008.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais. Rapport régional 2008*. Montréal, Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2008.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Guide de partenariat Centres de santé et de services sociaux Centres jeunesse*. Montréal. Mai 2008, Révisé en mai 2011.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Montréal, Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2007.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Bordeaux-Cartierville-St-laurent*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Cavendish*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Cœur-de-l'Île*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS de la Montagne*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Dorval-Lachine-LaSalle*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Jeanne-Mance*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Lucille-Teasdale*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Ouest-de-l'Île*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Pointe-de-l'Île*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Saint-Léonard-Saint-Michel*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Série 2. CSSS Sud-Ouest-Verdun*. Direction de santé publique. Montréal. 2011

Agence de la santé publique du Canada. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Données principales. Ottawa. 2008.

Association des centres jeunesse du Québec. *Cadre de référence au cœur de l'intervention : l'attachement et la relation*. Montréal, 2011.

Association des centres jeunesse du Québec, Fédération québécoise des CRDI, Cadre de référence à l'élaboration d'ententes pour un meilleur partage des responsabilités CJ-CRDI, 2005

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Association des centres jeunesse du Québec, CLSC et centres jeunesse. *Des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, Montréal, 1998.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. *Offre de service des CSSS aux jeunes en difficulté et à leur famille*. Mai 2011

Bédard, Jean. *Familles en détresse sociale, repères d'action, Tome 1 : du social au communautaire*. Sillery, Québec. Éditions Anne Sigier. 1998.

Benard et al. *Protective Factors in Individuals, Families and Schools : National Longitudinal Study on Adolescent Health Findings*. National Resilience Resource Center, University of Minnesota, Minneapolis. 2001.

Bouchard, C. et coll. *Un Québec fou de ses enfants*. [Rapport du groupe de travail pour les jeunes]. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. 1991.

Bouchard, C. *Prévenir la négligence : oui, mais comment ?* [Communication présentée à la Journée annuelle de l'Association québécoise des médecins pour la protection de l'enfance]. Montréal, Québec, Canada. 1999.

Boulet, M.-C., L.-S. Éthier et G. Couture. *Évènements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques*. Santé mentale au Québec, vol. 29, n° 1. 2004.

Bragg, H.L. *Child Protection in Families Experiencing Domestic Violence*. Child Abuse and Neglect User Manual Series. U.S. Department of Health and Human Services. 2003

Brazelton, Berry & Stanley Greenspan. *The Irreducible Needs of Children*. Cambridge, MA, Perseus. 2000.

Brousseau, M. et coll. *Le « Projet famille » en contexte de négligence. Développement et expérimentation d'une intervention familiale*. [Rapport de recherche]. Québec, Canada, Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. 2009.

Cahn, K., K. Nelson. *Mobilizing Community Responses to Chronic Neglect : A Research-to-Practice Approach* dans *Shining Light on Chronic Neglect : Core Issues Facing our Most Vulnerable Families*. Protecting a Professional Publication of American Humane, 24(1). 2009.

Campbell, S.B., J.F. Cohn & T. Meyers. *Depression in first-time Mothers ; Mothers-Infant Interaction and Depression Chronicity*. *Developmental psychology*, 31(3). 1995.

Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw. Planification stratégique 2011-2014. Document synthèse. CJM-IU 2011 et Plan d'organisation 2011-2014.

Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw. Together in action. Annual Management Report. 2009-2010.

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. Centre universitaire. Brière, Nathalie. La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (présentation PowerPoint). Université Laval. Novembre 2011.

Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie en collaboration avec le Centre jeunesse de l'Estrie, la Villa Marie-Claire et le Centre hospitalier de Sherbrooke. *Réseau Parent'Aise. Des ressources pour les familles.* 2010.

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). *La négligence envers les enfants. Bilan des connaissances.* En collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Avril 2008.

Centre jeunesse de la Montérégie. *Ensemble pour les familles. Programme d'intervention en négligence.* Direction des services professionnels. Juin 2010.

Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Bilan de la direction de la protection de la jeunesse 2009-2010.

Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Manuel de gestion. *Politique sur le partenariat au CJM-IU.* Montréal. Adopté au conseil d'administration du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire le 26 juin 2007.

Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire, Thomassin, A., *L'offre de service du centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire,* Montréal, 3 mai 2004.

Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. *Guide de pratique - Intervention psychosociale en négligence auprès des usagers 6-13 ans.* Mars 2006.

Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Centre de la santé et de services sociaux de La Matapédia, Agence de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent. *Services d'intervention intégrée en négligence (SIIN) Bas St-Laurent.* [Document de travail]. Octobre 2009.

Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. *Programme L'effet papillon, Programme intersectoriel en négligence.* Chicoutimi. 2005.

Chamberland, C. et coll. *Initiative AIDES. Document de présentation.* Montréal 2010.

Chamberland, C. et coll. *Recherche évaluative de l'initiative AIDES. Rapport préliminaire d'évaluation 2 présenté à : La stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada.* En collaboration avec le Ministère de la Sécurité publique du Québec. 2010.

Conseil en immobilisation & management (CIM). *La démographie régionale : volumes et pondération. La clientèle du CJM-IU : actuelle et projection.* Une étude pour le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire dans le cadre de son plan stratégique 2010-2015. Rapport final. 2010

Cook, A., M. Blaustein, J. Spinazzola & B. Van der Kolk. *Complex Trauma in Children and Adolescents.* National Child Traumatic Stress Network Eds. 2003.

Crittenden, P.M. *An Information-Processing Perspective on the Behavior of Neglectful Parents.* Criminal Justice and Behavior, vol. 20, n° 1, Mars 1993.

Crittenden, P.M. *Child Neglect: Causes and Contributors*, dans Dubowitz, H. *Neglected Children: Research, Practice and Policy*. Thousand Oaks, California, London, Sage Publications. 1999.

Crosson-Tower, C. *Understanding Child Abuse and Neglect (7^e éd.)*. Boston : Pearson Education Inc / DePanfilis, D. *A guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. Washington : U.S. Department of Health and Human Services, Office on Child Abuse and Neglect. 2006.

Denniston, J.L., S.M. Flanzer, J. Shafer. *Demonstration Models on Neglect: Lessons Learned* dans *Shining Light on Chronic Neglect: Core Issues Facing our Most Vulnerable Families*. Protecting a Professional Publication of American Humane, 24(1). 2009.

DePanfilis, D. *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment and Intervention*. Washington, D.C., Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect. 2006.

DePanfilis, D. *U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families*. Child Abuse and Neglect. Office on Child Abuse and Neglect. 2006.

Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. McKenzie. *Un guide pour soutenir la réflexion et... mieux faire grandir les tout-petits*. Garder notre monde en santé. Montréal. 2009, p.15-18.

Dubowitz, H. *Neglected Children: Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks, California, London, Sage Publications. 1999.

English, D., J.D. Fluke, Y.Y. Yuan. *Approches différentielles aux enquêtes des services de protection de l'enfance aux États-Unis* dans Trocmé, N., D. Knoke, C. Roy. *Collaboration communautaire et approches différentielles: recherches et pratiques novatrices canadiennes et internationales*. Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants. Ottawa. On. 2003.

English D.J., Wingard T., Marshall D., Orme M., Orme A. Alternative responses to child protective services: Emerging issues and concerns. *Child Abuse and Neglect*, Vol. 24 (3) : 375-388. 2000.

Erickson, M.F. & B. Egeland. *Child Neglect (2002)* dans Brière, J.N., L. Berliner, C.T. Hendrix, C. Jenny & T. Reid (éds). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment, 2nd ed.* (p. 3-20). Thousand Oaks, California, London, Sage Publications. 2002.

Erickson, M.F. & B. Egeland. *Child Neglect (1996)* dans Brière, J.N., L. Berliner, J.A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid, (éds). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks, California, London, Sage Publications. 1996.

Éthier, L., P. Nolin, D. Adam, L. Bourassa et I. Simard. *Le Programme ÊTRE: contrer les effets des traumatismes relationnels chez les enfants* dans Lafortune, D., M.-M. Cousineau et C. Tremblay. *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal. 2010.

Éthier, L., P. Nolin et C. Lacharité. *Programme ÊTRE. Approche systémique visant à contrer les effets des traumatismes relationnels chez les enfants*. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières. 2009.

Éthier, L.-S. *La négligence et la violence envers les enfants (1999)* dans Habimana, E., L.-S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (dir.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Montréal et Paris, Gaëtan Morin éditeur. 1999.

- Éthier, L.-S. *Les facteurs psychologiques qui nuisent au rôle parental*. L'enjeu, Bulletin spécial recherche produit par Les Centres jeunesse de la Montérégie, vol. 12, n° 1. 2005.
- Éthier, L.-S., C. Biron, M. Boutet et C. Rivest. *Les compétences parentales chez les personnes présentant des incapacités intellectuelles : état de la question*. Revue francophone de la déficience intellectuelle, vol. 10, n° 2. 1999.
- Éthier, L.-S., L. Bourassa, U. Klapper et M. Dionne. *L'évolution des familles négligentes : chronicité et typologie*. [Rapport de recherche FQRSC. GRIN/UQTR]. 2006.
- Éthier, Louise et coll. *Programme « Être ». Approche systémique visant à contrer les effets des traumatismes relationnels chez les enfants*. CEIDF, Université du Québec à Trois-Rivières. 2009.
- Ferland, M. Leduc, M.-C. Le comité local CSSS-CJ. Région de Montréal. Guide pratique à l'intention des responsables et des participants. Montréal. Septembre 2011
- Gagnier, J.-P., C. Lacharité, L.-S. Éthier et P. Pinard. *Engagement collectif et intervention en négligence familiale : indices de réussite* (2000) dans Gabel, M., F. Jésus et M. Manciaux. *Bientraitances. Mieux traiter familles et professionnels*. Paris, Éditions Fleurus. 2000.
- Gagnier J.-P. et P. Pinard. *Sous l'angle des organismes et de la collectivité* dans Éthier, L.S., C. Biron, J.-P., Gagnier, P. Pinard, R. Desaulniers. *Réussir en négligence*. Trois-Rivières, Québec,
- Gauthier. Y. *L'avenir de la psychiatrie de l'enfant*. Erès. Paris. 2009.
- Gallo, Susan. *Batshaw Youth and Family Centres Neglect Program Description for Children 0-18 years..* Montréal, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw. Mai 2011.
- Garbarino, James & Cyleste Collins. *Child Neglect: the Family with a Hole in the Middle*, dans Dubowitz, Howard. *Neglected Children: Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks, California, London, Sage Publications. 1999.
- Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille et Centre jeunesse du Centre-du-Québec. 1998.
- Hertzman, C., S.-A. McLean, D. Kohen, J. Dunn, T. Evans et J. Smit-Alex. *Le développement de la petite enfance à Vancouver*. Projet de recherche sur les politiques, vol. 6, n° 4. Gouvernement du Canada. 2004.
- Horwath, J. *Child Neglect. Identification & Assessment*. New York : Palgrave Macmillan. 2007.
- Hrды, Sarah. *Mother Nature: A History of Mothers, Infants and Natural Selection*. New York, Pantheon. 1999.
- Institut national de santé publique. *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Québec, Direction du développement des individus et des communautés. 2010.
- Joseph, R. *The Neurology of Traumatic Dissociative Amnesia : Commentary and Literature Review*. Child Abuse and Neglect, 23(8). 715-727, 1999.
- Keable, P. Quelques repères autour de la notion de cellule d'intervention. CJM-IU. 2009

Lacharité, C. et coll. *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : Nouvelle génération*. Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR. 2005.

Lacharité, C. et L.-S. Éthier. *Services d'aide intégrée pour contrer la négligence. Description sommaire d'un modèle d'intervention*. [Document de travail du Groupe de recherche et d'intervention en négligence]. Université du Québec à Trois-Rivières. 2003.

Lacharité, C. *Traitement en matière de négligence envers les enfants* dans Clément, M.-E. et S. Dufour. *Violence faite aux enfants en milieu familial*. Montréal, Éditions CEC. 2009.

Lacharité, Carl, Louise Éthier et Pierre Nolin. *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*. Bulletin de psychologie, Tome 59 (4). Juillet-août 2006.

Lafortune, D., M.-M. Cousineau, C. Tremblay. *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal. 2010.

Lavigueur, Suzanne et autres. *La trousse Moi, comme parent...* CECOM de l'Hôpital Rivières-des-Prairies, 2010.

Lecompte, C., Les critères reliés à l'efficacité de la psychothérapie (quel est le secret des intervenants efficaces). Formation donnée à la Société québécoise d'Analyse Bioénergétique. Montréal 2011.

Léveillé, S. et C. Chamberland. *Importer au Canada le modèle britannique des services d'aide et de protection de l'enfance. Que disent les recherches ?* Canada's Children, Les enfants du Canada, 16(3). 2010.

Léveillé, S., C. Chamberland et A. Tremblay-Renaud. *Quand le développement personnel des parents compromet aussi celui de leurs enfants*. Presses de l'Université du Québec. (2007) dans Chamberland, C., S. Léveillé et N. Trocmé. *Enfants à protéger. Parents à aider. Des univers à rapprocher*. Presses de l'Université du Québec. 2007.

Mayer, M.C. et al. *Substance Abuse and Child Neglect: Intruders in the Family*. Center of Excellence for Child Welfare, www.cecw-cepb.ca. 2004.

McKenzie, F. *Un guide pour soutenir la réflexion et... mieux faire grandir les tout-petits*. Montréal, Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2009.

Ministère de la Famille et de l'Enfance et ministère de la Santé et des Services sociaux, Protocole CLSC-CPE, guide d'implantation. Entente cadre et protocole-type, Québec, 2002.

Ministère de la Santé et des Services sociaux et autres, Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, Québec, 2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*. Programme-services Jeunes en difficulté. Offre de service 2007-2012. Septembre 2009.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme de la santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Résumé. Octobre 2004.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille, Québec, 2002.

Ministère de l'Éducation, *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes*. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, Québec, 2003.

MSSS. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. *Cadre de référence*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec. 2004.

MSSS. *S'occuper des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)*. <http://www.santepub-mtl.qc.ca/sippe/programme.html>. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec. 2004.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Assurer le bien-être de l'enfant*. Les Éditions OCDE. 2009.

Ouellet, O. Young, S. 5^e Colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents. Comprendre et agir ensemble. Conférence: *Être ensemble pour une meilleure réponse aux familles vivant des difficultés multiples*. Montréal. 2011.

Ouellet, Odette. *Réseau Parent'AISE. Des ressources pour les familles*. CSSS de l'Estrie en collaboration avec le Centre jeunesse de l'Estrie, la Villa Marie-Claire et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Juin 2010.

Paquette, Daniel. *L'enfant a tout autant besoin de son père que de sa mère, mais pour des raisons différentes!* Santé mentale au Québec, XXX111, 1. 2008.

Pauzé, Robert et Luc Touchette. *L'implantation de programmes d'intervention probants dans les milieux de pratique: un défi réaliste?* dans Déry, Michèle (sous la direction de), Anne-Sophie Denault, Jean Pascal Lemelin. *Aide aux jeunes en difficulté de comportement. Regards sur nos pratiques*. Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance. Sherbrooke, Université de Sherbrooke. 2010.

Pecora, J.P., J.K. Whittaker, A.N. Maluccio, R.P. Barth, D. DePanfilis. *The Child Welfare Challenge. Policy, Practice and Research*. Third edition-revised and expanded. Aldine Transaction. New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.) 2009.

Perry, B.D. *Childhood Experience and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect tells us about Nature and Nurture*. Brain and Mind, 3, 79-100. 2002.

Perry, B.D. *The Impact of Abuse and Neglect on the Developing Brain*. Retrieved 31/3/2004, from http://teacher.scholastic.com/professional/bruceperry/abuse_neglect.htm. 2004.

Prinz, R.J., M.R. Sanders, C.J. Shapiro, D.J. Whitaker, J.R. Lutzker. *Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S Triple P System Population Trial*. Published online in Prevention Science, DOI 10.1007/s 11121-009-0123-3. 2009.

Prochaska, J.O., et Janice M. Prochaska, J. *Why don't continents move? Why don't people change?* Journal of psychotherapy Integration, vol. 9, N^o 1. 1999.

Réseau universitaire intégré jeunesse, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. Inventaire des outils cliniques en négligences. Rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2012

- Rohner, Ronald. *The Warmth Dimension : Foundations of Parental Acceptance-Rejection Theory*. Thousand Oak, California, London, Sage Publications. 1987.
- Sanders, M.-R. *Pour une approche de santé publique dans les programmes de soutien parental factuels*. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, volume 51(1) 24. Educational Publishing Foundation, DOI 10.1037/a0018860. 2010.
- Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, De Blois, S. *Vers une articulation montréalaise entre les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et le programme d'intervention en négligence*, Montréal, Juillet 2012.
- Singer, J.B. Prochaska, et DiClemente' Stages of Change Model for Social Workers (Episode 53). *Social Work Podcast*. 2009. Podcast retrieved from : <http://socialworkpodcast.com/2009/10/prochaska-and-diclementes-stages-of.html>. /
- Singh Narang, D. & J. & M. Contreras. *Dissociation as a Mediator Between Child Abuse History and Adult Abuse potential*. Child Abuse and Neglect, vol. 24, n° 5. Colorado. 2000.
- Sparling, J., Lewis, I. *Jeux d'enfants... Apprendre avec toi* (traduction du programme Learning Games de L'Abecedarian). 2006.
- Spinazzola, J. et al. *Survey Avaluates Complex Trauma Exposure, Outcome and Intervention among Children and Adolescents*. Psychiatrics Annals, 35(5). 2005.
- Spratt, E. & C. Swenson. *Child Abuse and Neglect: Issues for Neurologists*. In Maria L. Bernard. Current Management in Child Neurology, 323-331. Hamilton, Ont. : Bc Decker. 2005.
- St-André, Martin. *Attachement et représentations de l'enfant à naître : perspectives expérimentales et cliniques*. Prisme 6(1), 40-54. 1996.
- St-Jean, A. *Guide de soutien à la pratique dans le cadre de la détermination d'un projet de vie*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2009.
- Table régionale des directeurs des programmes service jeunes en difficulté. *Le comité conjoint local CSSS-CJ, région de Montréal. Guide pratique à l'intention des responsables et des participants*. Montréal, sept. 2011
- Tourigny, M. et al. *Québec Incidence Study of Reported Child Abuse, Neglect, Abandonment and Serious Behaviour Problems (EIQ Summary)*. [Traduction libre Susan Gallo]. Center of Excellence for Child Welfare. 2002.
- Trocmé, N., B. Fallon, B. Maclaurin, J. Daciuk, C. Felstiner, T. Black & al. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2003 : Données principales*. Ottawa, ON : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada. 2005.
- UNICEF. *La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches*. Bilan Innocenti 7. Florence, Italie, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF. 2007.
- Ward, H., H. Jones. *Le système de protection en Angleterre*. Santé, Société, Solidarité, N° 1. 2009.

Wilkerson, D., G. Johnson, R. Johnson. In *Children of Neglect with Attachment and Time Perception Deficits: Strategies and Interventions, Education*. FindArticles.com. / Walsh, Debbie. *Art Therapy as an Intervention with Children of Neglect*. BYFC MDC Journal, Volume 5 - Spring 2009. Being there : Attending to Neglect. 2008.

Wolin & Wolin (1993) dans : Lietz. *Resilience based social learning*. 2004.

Yates, T.M. *The Developmental Consequences of Child Emotional Abuse: A Neurodevelopmental Perspective*. Journal of Emotional Abuse. 7(2), 9-34, 2007.

Young, S. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire *Modélisation. Programme négligence. Montréal 2006*

Young, S. *Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles*. Guide de soutien à la pratique pour les enfants de 0 à 5 ans et leurs parents. Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2005, révisé en 2008.

Young, S. *Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles*. Guide de soutien à la pratique pour les enfants de 6 à 11 ans et leurs parents. Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2006, révisé en 2008.

Young, S. Programme-cadre Montréalais en négligence : *La compréhension de la problématique de la négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficultés le 11 mai 2011. Montréal. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2011.

Young, S. Programme-cadre Montréalais en négligence : *Modèles, applications, programmes en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficultés le 21 novembre 2011. Montréal. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2011.

Young, S. Programme-cadre Montréalais en négligence : *La situation montréalaise en négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficultés le 17 septembre 2012. Montréal. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2012.

Annexe 1

L'émergence d'un contexte propice à la négligence

Voici les principaux éléments favorisant l'émergence d'un contexte de négligence¹.

Écart des conditions sociales et personnelles du (des) parent(s)	Contexte favorable à l'émergence de la négligence envers les enfants	Impacts au quotidien	Renversement de conditions adverses
<p>Niveau culturel</p> <p>Participer à des valeurs ou être marginal</p> <p>Échanger des idées, des sentiments ou être sans instruction</p>	<p>Culture de la pauvreté :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le très court terme – Besoins non comblés – Stress continu – Privation dans un monde d'opulence 	<p>Privation d'occasions de participer aux activités de la majorité</p> <p>Retrait et isolement culturel et social</p> <p>Les besoins de l'enfant causent un stress supplémentaire alors que ses propres besoins sont non comblés.</p> <p>Ici et maintenant : on n'est sûr de rien.</p>	<p>L'insertion et l'échange sont possibles.</p> <p>Ne plus être seul, ne plus avoir à se replier et se débrouiller seul, pouvoir compter sur d'autres ressources que les siennes propres et être reconnu dans les siennes propres.</p>
<p>Niveau économique</p> <p>Exercer une fonction ou être sans emploi</p> <p>Échanger des productions ou être sans argent</p>	<p>Dévalorisation :</p> <p>Dépendance économique, non-accès à la valorisation symbolique en rapport avec la consommation</p>	<p>Ressources financières limitées : survie économique</p> <p>Arbitrer le conflit d'intérêts entre la réponse aux besoins de l'enfant et ceux des parents est plus difficile en raison des possibilités de choix et d'échanges limités</p>	<p>Plus de possibilités de choix et d'échanges avec l'environnement</p>
<p>Niveau politique</p> <p>Prendre part à des décisions ou être exclu</p>	<p>Perte d'estime de soi :</p> <p>Être invalidé (jugé inadéquat) et rejeté</p>	<p>Se défendre du pouvoir des autres</p> <p>Contrôler un espace : se retirer, se refermer et s'isoler</p>	<p>Être vu, entendu et reconnu comme un participant actif et valide</p> <p>Prendre du pouvoir sur les situations</p> <p>Retrouver un pouvoir d'interaction gagnant-gagnant</p>
<p>Niveau social</p> <p>Être un symbole positif ou être déchu</p> <p>Avoir droit à la justice ou être suspect</p>	<p>Fuir et se défendre du regard d'autrui :</p> <p>rupture de services².</p>	<p>Être et se sentir menacé dans son intégrité sociale</p> <p>Fuir cette réalité, consommation, voire abus de substances : alcool, drogues, psychotropes, etc.</p>	<p>Réponses mieux adaptées au besoin de l'enfant (relation parent-enfant, environnement-enfant)</p>
<p>Niveau personnel</p> <p>Disposer d'un capital personnel qui ouvre sur une diversité de choix ou avoir peu de possibilités de choix</p> <p>Disposer d'un capital personnel qui prédispose à l'équilibre ou être en survie psychologique</p>	<p>Limites, voire absence de choix : ruptures de relations³.</p>	<p>Limites des parents (ex. : déficit intellectuel)</p> <p>Réponses stéréotypées ou imprévisibles vis-à-vis de l'enfant : difficultés à percevoir, traiter et intégrer les informations en provenance de l'enfant</p>	<p>Liens recréés avec l'environnement</p> <p>Soins au parent comme personne</p> <p>Développement du parent comme parent</p>

1. Synthèse faite par Odette Ouellet. *Réseau Parent'AISE, Des ressources pour les familles. Cadre général.* (2010) dans Jean Bédard. *Familles en détresse sociale, repères d'action, Tome 1 : du social au communautaire.* Sillery, Québec, Éditions Anne Sigier. 1998.

2. Ajout fait à la synthèse d'Odette Ouellet.

3. Ibid.

Annexe 2

Tableau des facteurs de risque pour les abus et la négligence selon différents auteurs⁴ :

Enfant	Parents	Famille	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> • Naissance prématurée, anomalies à la naissance, faible poids, exposition aux toxines durant la grossesse • Obésité • Attachement insécure • Tempérament ; difficile ou lent • Incapacités physique, cognitive, émotionnelle, maladies chroniques ou sérieuses • Trauma • Groupe de pairs antisocial • Âge • Agressivité • Problèmes de comportement • Déficit d'attention 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de personnalité • Faible estime de soi • Immaturité • Besoin de contrôle externe • Manque de contrôle de l'impulsivité • Dépression/anxiété • Faible tolérance à la frustration • Sentiment d'insécurité • Manque de confiance • Attachement insécure à ses propres parents • Histoire d'abus, de négligence, de traumas dans l'enfance • Psychopathologies chez les parents • Toxicomanie • Criminalité • Jeune âge de la mère • Haut niveau de stress • Peu d'interactions parents-enfant, attitudes négatives et attributions quant au comportement de l'enfant • Manque de connaissances sur le développement de l'enfant • Problèmes de santé mentale, incluant la dépression de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflits parentaux et violence conjugale • Structure familiale : monoparentalité, soutien déficient, présence de plusieurs enfants • Supervision inappropriée • Stress familial • Présence d'enfants avec des besoins particuliers • Isolement social, absence de soutien • Séparation/divorce, avec conflits • Points de vue culturels incompatibles (perceptions différentes du développement entre les parents, la société et les dispensateurs de services) 	<ul style="list-style-type: none"> • Milieu défavorisé • Évènements de la vie causant des stress • Manque d'accès aux soins médicaux, aux soins pour l'enfant et aux services sociaux • Chômage et absence de logement • Isolement social, manque de soutien social • Exposition au racisme, à la discrimination

4. Inspiré de : J.P. Pecora, J.K. Whittaker, A.N. Maluccio, R.P. Barth, D. DePanfilis. *The Child Welfare Challenge. Policy, Practice and Research*. Third edition-revised and expanded. Aldine Transaction. New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.). 2009, p. 64-65.

N.B. : Le tableau a été complété grâce à des éléments proposés par divers auteurs, dont : L. Éthier, R.-M. Chambers, C. Lacharité, J.-M. Gaudin, etc. De plus, la synthèse de Susan Gallo nous a été d'une grande aide : *Batshaw Youth and Family Centres Neglect Program Description for Children 0-18 years*, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, Montréal, Mai 2011.

Annexe 3

Tableau des facteurs de protection selon différents divers auteurs⁵

Enfant	Parent	Famille	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> • Tempérament facile • Habiletés sociales • Réseau familial, d'amis, de personnes significatives • Relation d'attachement sécurée • Gestion adéquate des émotions • Sens de l'humour • Développement harmonieux • Compétences sociales et affectives • Estime de soi • Loisirs, intérêts • Créativité • Capacité de résolution de problème • Capacités d'adaptation • Implication à l'école, succès scolaire • Capacité d'avoir des activités apaisantes (musique, danse, art, journal intime, etc.)⁶ • Liens avec des personnes partageant sa culture, sa religion, ses valeurs, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relation d'attachement sécurée avec l'enfant • Relation significative avec au moins une personne • Capacité d'adaptation • Capacité de planification • Motivation au changement • Connaissance du développement des enfants • Sentiment de compétences parentales • Habiletés sociales • Estime de soi • Sentiment de pouvoir sur sa vie • Réseau familial, informel et formel • Activités pour récupérer • Capacité d'introspection • Autonomie • Sens de l'humour • Créativité • Liens avec des personnes ou des groupes partageant sa culture, sa religion, ses valeurs, ses intérêts, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Attachement entre les membres de la famille • Harmonie familiale • Soutien et intérêt des membres entre eux • Partage d'activités avec les enfants • Présence d'une structure familiale • Bonne communication • Style parental positif • Parents en santé • Pratiques éducatives positives • Activités organisées et supervisées • Limites claires • Attitude d'écoute • Attitudes conséquentes et cohérentes • Soutien concret pour répondre aux besoins • Ouverture et confiance à recevoir de l'aide 	<ul style="list-style-type: none"> • Transport en commun • Disponibilité et accessibilité des services pertinents pour les enfants, les parents, la famille • Ressources communautaires • Programmes de soutien parental • Diminution de la pauvreté • Augmentation de l'employabilité • Diminution du décrochage scolaire • Engagement au niveau politique pour assurer la réalisation de la mise en place de ces facteurs de protection

5. Le tableau a été complété grâce à des éléments proposés par divers auteurs, *Op. cit.*

6. D. Wilkerson, G. Johnson, R. Johnson. 2008. *In Children of Neglect with Attachment and Time Perception Deficits : Strategies and Interventions, Education*. FindArticles.com. / Debbie Walsh. Art Therapy as an Intervention with Children of Neglect. BYFC MDC Journal, Volume 5 - Spring 2009. Being there : Attending to Neglect.

Annexe 4

Effets de la négligence sur l'enfant⁷

	Découverte sensorielle du monde et développement neurocognitif	Engagement mutuel et communication	Expression et régulation des affects	Attachement et représentations de soi et des autres
Petite enfance	L'enfant ne dispose pas du cadre social lui permettant une exploration fructueuse du monde qui l'entoure. Par conséquent, soit il se retire en lui-même, soit ses découvertes s'effectuent de manière avide et désordonnée.	L'enfant constate que ses tentatives d'engagement auprès de ses proches se soldent par des échecs. Soit on ne répond pas à ses appels, soit il est exposé à un déferlement de messages qui le rendent confus ou l'apeurent s'il y perçoit de l'hostilité.	Régulièrement exposé à des états émotionnels négatifs, intenses et prolongés, l'enfant s'en remet à des systèmes d'action pré adaptés (fermer les yeux, tourner la tête) ou utilise au maximum les maigres ressources cognitives dont il dispose, sans pouvoir mettre en place les stratégies de régulation affective plus complexes dont aurait dû le doter son entourage.	Ne se croyant pas suffisamment important pour qu'on se soucie de lui, et ayant acquis la conviction que les personnes en mesure de le protéger et de le reconforter sont aussi sources de peur et d'inconfort, l'enfant fait tout ce qu'il peut pour s'attacher à des figures imprévisibles et peu sensibles à ses signaux de détresse.
Période préscolaire	Avec des retards accumulés sur le plan neurocognitif (attention, concentration, mémoire, planification), le monde prend pour lui un caractère imprévisible, voire hostile dans les cas où il est aussi violenté.	Comme il a peu d'incitatifs à utiliser les mots pour échanger avec son entourage, il apprend à s'exprimer par des actions parce que c'est la principale forme de communication qu'on utilise avec lui.	Son registre émotionnel demeure restreint et assez peu différencié, ce qui pose problème dans ses relations sociales. Et s'il est maintenant plus habile à moduler ses états émotionnels, le résultat est rarement ressenti comme satisfaisant.	Afin de contrôler la réaction parentale, il continue soit d'exprimer extérieurement autre chose que ce qu'il ressent à l'intérieur, soit de manifester très fortement sa colère et sa détresse. Ce type de relation d'attachement l'amène à développer des représentations clivées (soit négatives, soit idéalisées) de lui-même et de ses proches.
Période scolaire	Il ne croit pas que ses efforts peuvent lui procurer des réussites et il renonce facilement. Il manifeste, en outre, des problèmes de comportement qui interfèrent avec ses apprentissages.	Peu soucieux des autres, comme on s'est peu soulié de lui, une attitude égocentrique l'amène à être ignoré voire rejeté par ses pairs. Ses faibles habiletés verbales compliquent encore plus ses rapports sociaux et la réaction des autres à son retrait (de crainte) ou à ses agressions (de colère) est une forme d'engagement et de communication familière pour lui.	L'écart entre son registre émotionnel et celui des autres s'accroît, tandis que s'affirment les stratégies peu efficaces qu'il a élaborées à la période préscolaire. Il en résulte des situations relationnelles difficiles qui déroutent notamment les éducateurs et les incitent à se désengager ou à vouloir contrôler la conduite de l'enfant.	Lorsqu'il débute l'école, il a tendance à se percevoir plus compétent que ne le juge son enseignant. Avec le temps, il finit toutefois par se considérer moins compétent et moins accepté par les autres, ce que confirme d'ailleurs son enseignant.

7. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). *La négligence envers les enfants. Bilan des connaissances*. En collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. 2008, p. 13, dans C. Lacharité, L.-S. Éthier et P. Nolin. *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*. Bulletin de psychologie, Tome 59(4). 2006, p. 381-394.

Annexe 5

Les types d'attachement et les réactions des enfants, des parents et les liens avec leur enfance⁸

Attachement sécurisant	Attachement évitant	Attachement résistant	Attachement désorganisé
<p>Enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exprime ses besoins d'attention et de réconfort de manière raisonnablement directe. • Ceux-ci sont reconnus par le parent, qui y répond avec chaleur et une sensibilité adéquate. 	<p>Enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ses appels pour obtenir du réconfort sont repoussés jusqu'au moment où il ressent de la détresse. • Le rejet varie d'un subtil désengagement à une franche aversion. • L'enfant apprend à réprimer ses besoins. • Il maintient une apparence extérieure d'indépendance. 	<p>Enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relations caractérisées par un engagement intense, mais insatisfaisant. • Le parent ne perçoit pas clairement les besoins de l'enfant. • L'enfant fait de vaines tentatives pour plaire, mais il n'arrive pas à satisfaire. 	<p>Enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • N'a pas développé de stratégies gagnantes pour obtenir l'attention et les soins nécessaires. • Parent perçu à la fois comme soignant et agressant.
<p>Parent avec l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réceptif • Accessible • Capable de décoder les signaux de l'enfant • Répond de façon sensible et adaptée • Valorise le contact physique 	<p>Parent avec l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gamme réduite d'expression émotionnelle • Aversion pour le contact physique • Rejet de l'enfant lorsqu'il présente de la vulnérabilité émotionnelle, dénigrement • Valorise la performance cognitive et le contrôle de son état émotif 	<p>Parent avec l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imprévisibilité dans la réponse aux besoins • Tendance à l'intrusion • Réponse peu adaptée, parfois disproportionnée et incohérente 	<p>Parent avec l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque de maltraitance envers l'enfant • Parentage très perturbé • Fragilité psychologique et deuil non résolu • Syndrome de stress post-traumatique • Conflits conjugaux • Dépression • Comportements qui font peur • Comportements apeurés
<p>Parent en rapport avec son enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrit de manière intégrée et cohérente ses expériences d'enfance. • Rend compte de façon directe et nuancée de l'impact que son enfance a eu sur son développement. • Capable de mettre en perspective son expérience, ce qui l'aide à éviter de rejouer les mêmes modèles. 	<p>Parent en rapport avec son enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimise l'impact de l'enfance • Met à distance ses expériences douloureuses d'enfance. • Tente de démontrer avec force une autonomie qui lui permet, selon lui, de triompher d'un passé désormais révolu dont il dit ne porter aucune trace. 	<p>Parent en rapport avec son enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est enchevêtré dans ses expériences d'enfance et éprouve parfois des élans de colère face à sa famille. • Ne peut pas donner un sens à ses expériences d'enfance. • Est aux prises avec des souvenirs douloureux qui refont surface à des moments inattendus. 	<p>Parent en rapport avec son enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> • N'a pas résolu ses deuils ou ses traumatismes. • Présente des signes de confusion en rapport avec la perte d'une figure d'attachement.

8. Inspiré de : Jean Bédard. *Familles en détresse sociale, repères d'action, Tome 1 : du social au communautaire*. Sillery, Québec, Éditions Anne Sigier. 1998 et de Martin St-André. *Attachement et représentations de l'enfant à naître : perspectives expérimentales et cliniques*. Prisme 6(1), 40-54. 1996.

Annexe 6

Dimensions du cadre d'analyse écosystémique des besoins du développement des enfants

On passe ici en revue les éléments qui forment les trois côtés du triangle : 1- les besoins de l'enfant ; 2- la réponse parentale ; 3- le tout influencé par les facteurs familiaux et environnementaux.

1. Côté gauche du triangle : Les besoins de développement de l'enfant

(D'après le modèle britannique⁹)

SANTÉ	Bien-être physique et psychologique Poids et taille se situent dans les normes. Facteurs génétiques et histoire médicale (maladies chroniques ou incapacités). L'enfant reçoit des soins de santé appropriés, comme les vaccins. Noter les éléments affectant la santé : alimentation, alcool, drogues, médicaments.
ÉDUCATION	Développement cognitif Ensemble des opportunités offertes : jouer et interagir avec les autres ; accès à des livres ; acquérir des habiletés et développer des intérêts ; faire des apprentissages avec succès. Un adulte s'intéresse à ses activités éducatives et ses progrès et manifeste encouragement et compliments.
DÉVELOPPEMENT AFFECTIF COMPORTEMENTAL	Manifestation appropriée des sentiments Développement des liens d'attachement, capacité d'adaptation au changement, réponse aux événements stressants ; maîtrise des émotions et gestes appropriés en fonction de l'âge et des circonstances.
IDENTITÉ	Conscience d'être distinct des autres et d'être apprécié Perception qu'a l'enfant de lui-même : ses capacités, son image et son individualité. Éléments contribuant à développer l'identité : estime de soi, origine ethnique, religion, âge, genre, sentiment d'appartenir à la famille et d'être accepté par elle, par ses pairs et par la société.
RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES	Capacité à faire preuve de sympathie et de compassion Relations stables et harmonieuses avec les parents, la fratrie, l'entourage ; capacité à se faire des amis de son âge et à s'entendre avec eux. L'enfant est encouragé à développer des relations avec ses pairs et avec les adultes.
PRÉSENTATION DE SOI	Perception de soi : apparence, comportements, défauts et qualités ; impression créée chez les autres L'hygiène de l'enfant est correcte ; il est vêtu convenablement en fonction de son âge, son genre, sa culture et sa religion. Un adulte le conseille sur la manière de se présenter selon les circonstances.
HABILITÉ À PRENDRE SOIN DE SOI	Développement de l'autonomie et des habiletés sociales Apprentissage des activités quotidiennes : se prodiguer les soins personnels, se vêtir, s'alimenter, ne pas se mettre en danger ; autonomie émotionnelle : occasions de développer sa confiance et apprendre des approches de résolution de conflits.

9. Department of Health, et al. (2000), Framework for the Assessment of Children in Need and their Families, London : the Stationery Office.

2. Côté droit du triangle : Réponse des parents

SOINS DE BASE

Répond aux besoins physiques de l'enfant et fournit les soins médicaux et dentaires nécessaires

Alimentation suffisante, nutritive et adaptée à l'âge. Vêtements appropriés ; l'enfant reçoit une hygiène personnelle adéquate.

SÉCURITÉ

Prend les mesures nécessaires pour protéger l'enfant contre les accidents, la violence et l'abus, à l'intérieur comme à l'extérieur

Montrer à jouer de façon sécuritaire et indiquer les risques ; veiller à avoir ses relations sécuritaires avec l'entourage (adultes et enfants).

AMOUR ET AFFECTION

Répond aux besoins affectifs de l'enfant

Le parent estime l'enfant et lui démontre de l'amour. Il veille à ce qu'il développe sa confiance et son identité. Il est sensible et réagit de façon appropriée à ses besoins ; il lui montre qu'il le respecte ; il l'encourage par des gestes appropriés.

STIMULATION

Appuie le développement intellectuel de l'enfant, l'encourage, manifeste son approbation

Le parent participe au développement du potentiel de l'enfant par ses interactions, sa capacité de répondre à ses questions. Il l'accompagne dans ses activités (jeux, scolarité, travail). Il propose des occasions de se développer et de réussir : suivi de la scolarité, méthodes éducatives appropriées (attentes réalistes, moyens stimulants, climat chaleureux).

ENCADREMENT

Assure une supervision uniforme et bienveillante ; encourage l'enfant à exprimer ses émotions et à bien se comporter

Le parent offre un modèle par ses comportements appropriés sur le plan du contrôle des émotions et des interactions ; il explique comment régler des conflits ; il fixe des limites.

STABILITÉ

Fournit un environnement stable qui permet à l'enfant de se développer

Les liens d'attachement ne sont pas perturbés ; le parent est cohérent, constant et prévisible dans sa manière de répondre à un même comportement ; sa réponse évolue selon le développement de l'enfant ; l'enfant est en contact avec sa famille ou des personnes significatives.

3. Base du triangle Facteurs familiaux et environnementaux

HISTOIRE ET FONCTIONNEMENT DES PARENTS	Forces et difficultés Maladies physiques ; problèmes de santé mentale ; problèmes d'apprentissage ; abus d'alcool/drogues ; violence conjugale ; violence vécue durant l'enfance ; historique de violence envers les enfants : impact sur leur fonctionnement personnel. Influence du vécu passé et actuel sur la façon dont on répond aux besoins de l'enfant. (y compris le parent absent)
HISTOIRE ET FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE	Composition de la famille et nature des liens entre les membres Changements dans la composition de la famille et événements significatifs (hérédité, deuils, facteurs psychosociaux) : impact sur chaque membre. Vécu des parents comme enfants dans leur famille d'origine. Fonctionnement de la famille : garde de l'enfant, droits d'accès. Relations entre chacun des membres ; impact sur l'enfant.
FAMILLE ÉLARGIE ET PERSONNES SIGNIFICATIVES	Rôle de la famille élargie et des personnes significatives Présence auprès de l'enfant et des parents. Nature du soutien : financier, psychologique, conseils, aide pratique ; qualité (suffisant ou non, etc.).
HABITATION	Commodités dans le logement et l'environnement immédiat ; impact sur l'enfant et la famille Eau potable, chauffage, cuisinière, toilette, endroit où dormir, sécurité et propreté ; logement organisé en fonction de l'âge et des besoins de l'enfant et des personnes qui y vivent.
EMPLOI	Impact sur la capacité à prodiguer des soins Impact sur la relation avec l'enfant de l'horaire de travail du membre de la famille ayant un emploi.
REVENU	Revenu familial et besoins financiers La famille bénéficie de toutes les prestations auxquelles elle a droit ; utilisation appropriée des ressources ; impact des difficultés financières sur l'enfant.
INTÉGRATION SOCIALE	Intégration dans le quartier et la communauté ; impact sur l'enfant et la famille Degré d'intégration ou d'isolement social de la famille ; présence d'amis ; participation à des organismes/activités communautaires.
RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ	Équipements et services : services de santé, épiceries, garderies, écoles, lieux de culte, transport, loisirs, organismes communautaires Disponibilité et accessibilité des services et impact sur la famille, y compris pour les membres ayant des besoins particuliers.

Annexe 7

Outils cliniques

Nous présentons ici à titre indicatif différents outils qui pourraient être utilisés par les CSSS ou les centres jeunesse. Ces choix sont faits parmi les outils suggérés dans le rapport « Inventaire des outils cliniques en négligence¹⁰ ».

Voici une courte description de chacun des outils, avec leurs principales forces et faiblesses, tels que le précise le rapport.

Outil axé sur la négligence

- **Index de Trocmé** : il évalue la nature et la sévérité de la négligence (non pas la présence ou absence de la négligence).

Forces : accessible, gratuit, simple et rapide à utiliser. Version française et anglaise.

Faiblesses : il est conçu pour être utilisé en contexte de protection, mais il peut être utilisé en CSSS auprès de familles déjà ciblées comme étant aux prises avec un problème de négligence.

Outils globaux (multifactoriels) :

- **Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité** : elle sert à dépister les situations à risque de dérive du projet de vie pour les 0-5 ans. Elle fait un survol des principaux facteurs de risque d'abandon et de délaissement.

Forces : Outil très convivial, apprécié des intervenants et déjà utilisé dans certains CSSS et CJ. Donne des signaux d'alarme sur le risque d'instabilité et de délaissement.

Faiblesses : Validation partielle par consensus d'experts. Une évaluation en profondeur doit être faite si le risque est établi.

- **Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer)** : il évalue avec rigueur les capacités parentales et les composantes associées. Il permet une analyse globale, systémique et exhaustive de la situation de la famille.

Forces : Identifie les forces et faiblesses des parents des parents. Il permet une analyse globale, systémique et exhaustive de la situation familiale. Version française et anglaise.

Faiblesses : Il n'est pas axé sur la négligence comme telle. Il nécessite un investissement en formation, supervision, appropriation.

- **ICBE (Inventaire concernant le bien-être de l'enfant)** : identifie les forces et faiblesses du milieu parental et à évaluer l'impact de celles-ci sur la satisfaction des besoins de l'enfant.

Forces : L'outil s'adresse aux 0-18 ans, et surtout aux 6-15 ans. L'outil est connu en CJ, validé. Disponible en français et en anglais.

Faiblesses : Il nécessite un investissement en formation, supervision. Temps de passation considérée trop long. Il ne tient pas compte de la dynamique familiale, ni des antécédents parentaux.

10. Réseau universitaire intégré jeunesse, centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. *Inventaire des outils cliniques en négligence*. Rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2012

- Trois outils dérivés du cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants peuvent servir d'outils de base. Ils permettent de considérer les besoins de l'enfant, la réponse des parents et les facteurs familiaux et environnementaux.
 - **La grille commune d'analyse des besoins de l'enfant ou Common Assessment Framework** : elle permet de faire une analyse sommaire des besoins et peut être utilisée par tout intervenant (policier, professeur, intervenant dans la communauté, etc.) pour aider à orienter vers les services appropriés.
 - **La grille préliminaire des besoins de l'enfant ou Initial Assessment Record** : elle permet de faire une lecture rapide de la situation et des besoins de l'enfant après une demande de service, une référence ou un signalement.
 - **Le cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE) (Core Assessment Record)** : il sert à identifier les besoins, l'atteinte des objectifs, les services et le soutien nécessaire. L'outil est à remplir avec les figures parentales selon une approche participative. L'environnement est lui aussi interpellé. Quoique l'outil contribue à l'évaluation, il sert davantage d'outil d'intervention.

Forces : Outils qui s'inscrivent dans une approche centrée sur l'enfant. Chacun tient compte des besoins développementaux de l'enfant (en fonction de sept dimensions) ; de la capacité des figures parentales à répondre aux besoins de l'enfant et des facteurs familiaux et environnementaux qui influencent la réponse à ces besoins. S'inscrivent dans une approche participative qui permet le dialogue avec l'enfant, les figures parentales, l'intervenant et les partenaires. Permet une lecture et un vocabulaire commun entre les établissements. Version française et anglaise. Peut être utilisé en CSSS et dans les CJ

Faiblesses : Utilisés dans plusieurs pays occidentaux, mais encore peu traités dans la littérature. Le temps d'implantation et d'utilisation est élevé. Deux des outils n'ayant pas encore été implantés au Québec, on en connaît mal les exigences.
- **SSP**, Système de soutien à la pratique : c'est un système expert d'aide à la décision. Il existe pour différents volets : RTS, Protection immédiate, Évaluation, Orientation. Il est obligatoire en CJ (sauf au CJF Batshaw).

Forces : Outil conçu pour une utilisation en CJ dans le cadre de la LPJ. Rigueur sur le plan légal, sur la qualité du contenu, sur sa capacité à gérer plusieurs informations.

Faiblesses : Interface intervenant/informatique très peu conviviale. Temps d'administration imprévisible.

Outils axés sur les conduites parentales

- **L'indice de stress parental** : il permet de cibler l'intensité du stress vécu par le parent et de départager ce qui relève des caractéristiques de l'enfant ou du parent.

Forces : Outil très connu et abondamment utilisé. Peut être utilisé tant dans les CSSS que les CJ par différents types de professionnels. Utilisé dans certains CSSS et CJ. Version française et anglaise.

Faiblesses : L'outil ne mesure pas la négligence comme telle. L'outil est relativement facile à utiliser, mais l'interprétation est complexe et peut demander du soutien. Certains items sont difficiles à comprendre. On recommande d'utiliser de la version courte.

Outils d'évaluation de l'environnement familial et social

- **L'inventaire de soutien social et familial (ISSF)** : il permet de mieux connaître le réseau de soutien d'une personne en termes de quantité et qualité.

Forces : Facile à utiliser.

Faiblesses : Outil moins efficace avec les personnes moins intéressées à évaluer la qualité de leurs relations. Aucune étude de validité, mais créé à partir de 2 outils validés.

Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device) : il évalue le fonctionnement familial en fonction de sept dimensions et permet de dépister les familles dont le fonctionnement familial est inadéquat.

- **Family Assessment Device (Le questionnaire d'évaluation familiale)**

Forces : il évalue le fonctionnement familial et permet de dépister les familles dont le fonctionnement familial est inadéquat. Convivial. Met l'accent sur les forces.

Faiblesses : en anglais seulement. Validité limitée en contexte interculturel.

Outils axés sur le développement et les comportements des enfants

- **GED** (Grille d'évaluation du développement) : elle vise à dépister les retards de développement des enfants âgés entre 0 et 5 ans sur le plan moteur, langagier, socioaffectif et cognitif.

Forces : très convivial, Il permet d'accompagner les parents sur le plan de la stimulation à donner à l'enfant. Peut être utilisé en service de garde, en CSSS et en CJ.

Faiblesses : Passation assez longue. Demande un temps d'appropriation.

- **ASQ** (Questionnaires sur les étapes du développement, Ages and Stages Questionnaire) : ils dépistent les retards de développement des enfants de 0-5 ans.

Forces : outil très convivial connu de certains services de garde et de CSSS.

Faiblesses : ne dépiste pas le langage. Évalue minimalement le développement socio-affectif.

- **ASEBA** *Achenbach System of Empirically Base Assessment* : il évalue les problèmes émotionnels et comportementaux de l'enfant à partir de l'observation de ses comportements par la mère, le père ou une autre personne qui le connaît bien (18 mois à 18 ans).

Forces : passation facile. Disponible en français et en anglais. Traduit en 85 langues.

Faiblesses : Supervision nécessaire. N'aborde pas l'aspect des cognitions, croyances ou émotions associées aux comportements.

- **TSCYC** Trauma symptom checklist for young children (3 à 12 ans) et **TSCC** Trauma symptom checklist for children (8 à 16 ans) : il évalue les symptômes de stress post-traumatique.

Forces : Bon outil de dépistage pour les cliniciens. Disponible en français et en anglais.

Faiblesses : La formulation de certains items pourrait blesser certains parents ; favorise peu la multiplicité des sources.

Annexe 8

Les étapes du processus de changement¹¹

Les étapes ci-après illustrent comment créer le désir de changer, de prendre conscience des problèmes qui obligent un changement, de soutenir les efforts, d'amener les personnes à consolider le changement.

Étape 1 : La précontemplation

Ils ne peuvent pas ou ne veulent pas changer

Caractéristiques : ignorance et découragement

- Ils vous diront : « **Je n'ai pas de problème, je n'ai pas vraiment besoin d'être ici** » ; « **Pourquoi je changerais ?** »
- Ils ne sont pas conscients que certains comportements causent un problème.
- Ils ne sont pas conscients de leurs attitudes défensives.
- Dans les faits, ils ont peut-être essayé de changer, mais ils ont échoué. Ils ne croient pas qu'ils peuvent changer, et donc ils ne veulent même pas y penser. À cette étape, ils ne veulent pas changer.
- Les personnes qui commencent une thérapie, un engagement dans une intervention, cessent prématurément (93 %).

Des pistes d'intervention

- Accueillir les parents en favorisant un climat de confiance, comprendre les réalités de la famille.
- Faire ressortir les compétences et les qualités des parents.
- Les aider à préciser leur système de valeurs et leur perception de leurs rôles parentaux et de qui ils sont comme personne.
- Les amener à nommer une conséquence fâcheuse liée à la négligence.
- S'assurer que les parents reçoivent une information juste sur les facteurs de risque liés à la négligence.
- déterminer avec les parents les raisons pour lesquelles l'entourage pense qu'ils ont un problème.

11. Prochaska, J.O., et Janice M. Prochaska, J. *Why don't continents move ? Why don't people change ?*. Journal of psychotherapy Integration, vol. 9, N° 1. 1999. Tiré du document *Usage et abus de drogues : Guide d'accompagnement et d'intervention*. Lise Durocher, Pierre Desrosiers, Sylvain Pelletier, Pierrette Trudeau-LeBlanc, CJM-IU et le Centre Dollard-Cormier. 2001-2004.

- Susciter l'espoir en demeurant réaliste.
- Les aider à libérer leurs émotions.

Étape 2 : La contemplation

Ils ne savent pas quoi changer

Caractéristiques : l'ambivalence des contemplatifs chroniques

- Ils vous diront : « **J'étais décidé(e) à changer, mais je ne suis pas allé(e) à la première rencontre, thérapie, intervention, parce que je doute des avantages à changer** » ; « **Changer quelque chose, oui, mais... quoi ?** »
- Ils ont l'intention de changer d'ici moins de six mois.
- Ils ont davantage confiance en leurs possibilités de changement qu'à l'étape précédente.
- Ils évaluent que les efforts pour changer ne seront pas compensés par les avantages du changement.
- Ils ne veulent pas suffisamment changer pour prendre le risque de se mettre à agir.

Des pistes d'intervention

- Aider les parents à prendre conscience autant des avantages que des inconvénients à changer leur façon de jouer leurs rôles parentaux et de s'assumer comme personne.
- Rappeler les risques pour leur enfant liés à la problématique (ex. : négligence).
- Permettre aux parents de repérer les contextes où ils rencontrent plus de difficultés.
- Identifier les personnes qui peuvent les soutenir.

Étape 3 : La préparation

Ils ne savent pas comment changer

Les caractéristiques : ambivalence non résolue, se centrer sur le futur et sur les solutions

- Ils vous diront : « **Je veux changer mais comment ?** »
- Ils ont plus confiance de pouvoir contrôler leurs problèmes qu'à l'étape précédente.
- Ils ont l'intention de se mettre en action dans un futur à court terme, d'ici un mois.
- Ils ont un plan concret pour changer, se donnent des défis graduels pour changer de comportement.
- Ils ne savent pas comment changer. Certains vont prendre action durant les prochains six mois, mais vont échouer et revenir à leurs anciens schèmes.

Des pistes d'intervention

- Amener les parents à des prises de conscience sur leurs comportements et à apprendre à évaluer leur situation.
- Aider les parents à traduire concrètement leur désir de changement, préparer l'action.
- Identifier les obstacles possibles et aider à trouver les solutions.

Étape 4 : L'action

Ils essaient de changer

Les caractéristiques : l'application de moyens concrets

- Ils vous diront : « **J'ai essayé d'utiliser les moyens que j'ai appris, des fois ça marche, des fois pas du tout.** »
- Ils mettent du temps et de l'énergie pour changer.
- Les changements sont visibles par l'entourage.
- L'entourage reconnaît les efforts.

Des pistes d'intervention

- Établir une relation d'aide et utiliser des stratégies de changement de comportement : donner des défis concrets, etc.
- Intervenir intensivement et sur une période suffisamment longue pour que de réels changements s'inscrivent (au moins six mois).

- Aider les parents à développer des moyens concrets pour améliorer leurs compétences personnelles.
- Aider les parents à utiliser leurs ressources et partir de leurs intérêts.
- Souligner tous les petits succès.
- Prévoir des solutions en cas de périodes plus fragiles.

Étape 5 : Le maintien et l'intégration

Ils appliquent les changements

Les caractéristiques : la consolidation des acquis et se redéfinir autrement

- Ils vous diront : « **Je réussis, ça marche pas mal bien, ça va beaucoup mieux.** »
- Ils consolident leurs acquis pour éviter les risques de récurrence.
- Ils n'ont pas à travailler pour changer, ils profitent d'une stabilité.
- Ils appliquent les stratégies de changement apprises.
- Ils apprécient les avantages du changement.
- Ils prennent confiance en eux.
- Ils vous diront : « **J'ai changé, ce n'est plus comme avant, je suis bien content(e) de ce que je suis devenu(e).** »
- Ils concentrent leur énergie sur le développement d'attitudes, de valeurs et d'habitudes de vie qui renforcent une image positive et une confiance en soi.
- Ils ne sont plus tentés de revenir à leurs anciennes habitudes.
- Ils sont fiers des changements.

Des pistes d'intervention

- Aider les parents à déceler les situations à risque.
- Appuyer les parents pour maintenir les nouveaux comportements et valider les changements.
- Favoriser les commentaires positifs de l'entourage.
- Reconnaître et valider les changements.
- Aider l'entourage à reconnaître et valider les changements.
- Encourager la poursuite d'un processus de croissance.



© Une production du Bureau des communications
et des relations avec la communauté - Juin 2013