

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL – PROGRAMME CADOE

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL – PROGRAMME CADOE

*Collectivement, Agir pour le Développement Optimal des enfants
Programme de services intégrés en négligence
en Chaudière-Appalaches*

*Adopté au comité stratégique régional – Jeunes en difficulté
Le 6 juin 2013*

*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 

Le cadre de référence régional Programme CADOE - Collectivement, agir pour le développement optimal des enfants - Programme de services intégrés en négligence en Chaudière-Appalaches est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
418 386-3363

Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencesss12.gouv.qc.ca

Lorsque le contexte le permet, les genres masculin et féminin utilisés dans ce document désignent aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013

978-2-89548-730-2 (Version imprimée)
978-2-89548-731-9 (Version PDF)

Rédaction :

M^{me} Geneviève Martin, Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins

Mise en page et révision :

M^{me} Josée Vachon, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Coordination des travaux et soutien à la rédaction :

M^{me} Geneviève Crevier, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

M^{me} Christiane Goyette, Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins

M. Michel Laroche, Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins

M^{me} Amélie Sirois, Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins

Collaboration à la rédaction :

Comité régional – Programme d'intervention en négligence CADOE

D^{re} Lise Bélanger, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

M. François Bergeron, Centre de santé et de services sociaux des Etchemins

M^{me} Caroline Brown, Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches

M^{me} Madeleine Dionne, Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches

M^{me} Nathalie Giguère, Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches

M. Jean-François Lachance, Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford

M^{me} Stéphanie Laliberté, Centre de santé et de services sociaux de Beauce

M^{me} Marie-Josée Neault, Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet

M^{me} Fanie Roy, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Ont également collaboré :

M^{me} Sylvie Bolduc, Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford

M^{me} Marie-Ève Bureau, Centre de santé et de services sociaux de Beauce

M^{me} Maude Dutil, Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins

M. Michel Fortin, Centre de santé et de services sociaux de Beauce

M^{me} Maude Julien, Centre de Pédiatrie Sociale de Lévis

M^{me} Sabrina Lacroix, Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford

M^{me} Julie Leblanc, Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins

M^{me} Nathalie Paré, Centre de santé et de services sociaux des Etchemins

M^{me} Rachel Plante, Centre de santé et de services sociaux des Etchemins

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement les intervenants et partenaires du territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Alphonse-Desjardins, site CLSC Desjardins pour leur généreuse contribution au développement du Programme CADOE. Le partage de leurs divers savoirs et de leur expérience nous a permis de mettre en place une structure adaptée à la réalité des divers milieux et aux familles vulnérables.

Nous remercions également M. Carl Lacharité et M^{me} Marleen Baker, du Groupe de recherche et d'intérêt pour la négligence de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour leur soutien dans l'appropriation du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, nouvelle génération (PAPFC²), le principal élément du Programme CADOE.

L'apport de la direction à la santé publique, aux communications et au développement des communautés du CSSS Alphonse-Desjardins de même que le consortium de l'initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle (IPCDC) nous a permis de s'approprier une vision communautaire fort à propos dans la réalisation de ce projet.

Nous remercions enfin chacune des personnes nommées précédemment, lesquelles ont participé directement à l'élaboration de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	II
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES ANNEXES.....	VIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	IX
INTRODUCTION	11
1. LA NÉGLIGENCE, UNE RÉALITÉ COMPLEXE À COMPRENDRE	1
1.1 La définition de la négligence	1
1.2 La prévalence de la négligence au Québec et dans la région de la Chaudière-Appalaches	3
1.3 Une classification de la négligence.....	3
1.3.1 <i>Les principales formes de négligence.....</i>	<i>3</i>
1.3.2 <i>La classification de Trocmé et coll. (2005).....</i>	<i>5</i>
1.3.3 <i>Une classification selon le traitement de l'information.....</i>	<i>6</i>
1.4 La chronicité de la négligence	6
1.5 Les facteurs de risque et de protection reliés à la négligence	8
1.6 Les conséquences de la négligence.....	9
2. LES APPROCHES ET PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE SUR LESQUELS S'APPUIE LE PROGRAMME CADOE	13
2.1 L'approche écologique ou écosystémique.....	13
2.2 Faire la Courte Échelle (FCE).....	15
2.3 Le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, nouvelle génération (PAPFC ²)....	15
2.3.1 <i>Les activités du PAPFC².....</i>	<i>17</i>
2.4 D'autres programmes	23
2.5 Des initiatives régionales	24

3. LE PROGRAMME CADOE	29
3.1 Les buts et objectifs du Programme CADOE.....	31
3.2 Les principes de base et qualités du Programme CADOE, volet PAPFC ²	32
3.3 L'accessibilité au Programme CADOE, volet PAPFC ²	35
3.3.1 <i>La clientèle</i>	35
3.3.2 <i>L'arrimage avec les autres programmes-clients</i>	35
3.3.3 <i>La nécessaire place des pères ou des conjoints des mères</i>	36
3.3.4 <i>L'aide à la fratrie</i>	36
3.3.5 <i>Les critères d'accès au volet PAPFC²</i>	36
3.3.6 <i>L'engagement des parents et le consentement à échanger l'information</i>	37
3.4 Le processus clinique du volet PAPFC ²	37
3.5 La trajectoire de services.....	38
3.6 Les outils cliniques	41
3.6.1 <i>Les outils d'évaluation</i>	41
3.6.2 <i>Les outils de planification et de suivi</i>	42
3.6.3 <i>Les outils d'interventions</i>	43
3.7 La fin du suivi.....	44
4. L'ORGANISATION DES SERVICES EN NÉGLIGENCE EN CHAUDIÈRE-APPALACHES.....	47
4.1 Les établissements impliqués.....	47
4.2 Les ressources à mettre en place.....	48
4.2.1 <i>Les ressources humaines</i>	48
4.3 Une structure sur laquelle s'appuyer	51
4.3.1 <i>Le comité régional</i>	51
4.3.2 <i>Le comité stratégique local</i>	51
4.3.3 <i>Le comité de coordination locale</i>	52
4.3.4 <i>Le comité prévention promotion</i>	53
4.3.5 <i>Le comité de coordination clinique</i>	53
4.3.5 <i>Le forum intersectoriel</i>	54
4.4 Le développement continu des compétences et le soutien clinique	54
4.4.1 <i>Le développement continu</i>	54
4.5 Le soutien clinique.....	55
4.6 L'intégration des services	55

5. L'IMPLANTATION DU PROGRAMME	59
5.1 Le processus d'implantation	59
5.1.1 <i>La planification globale du programme</i>	59
5.1.2 <i>L'organisation des services et la structuration du programme</i>	59
5.1.3 <i>La phase d'exécution du programme</i>	60
5.1.4 <i>L'évaluation et/ou le monitoring du programme</i>	60
5.2 Le processus de monitoring	60
 CONCLUSION	 62
 BIBLIOGRAPHIE	 63
 ANNEXE 1 - FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION.....	 67
ANNEXE 2 - THÉORIE ÉCOSYSTÉMIQUE DE LA NÉGLIGENCE	71
ANNEXE 3 - MODÈLE LOGIQUE DU PAPFC²	75
ANNEXE 4 - QUALITÉS DES PROGRAMMES EFFICACES.....	79
ANNEXE 5 - AXES D'INTERVENTIONS EN NÉGLIGENCE.....	83
ANNEXE 6 - INDICATEURS DU PAPFC².....	89

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Programme Collectivement, Agir pour le Développement Optimal des Enfants (CADOE)	12
Figure 2 : Le modèle écologique	14
Figure 3 : Le cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant (Ward et Rose, 2002)	18
Figure 4 : Les principes de base du Programme CADOE, volet PAPFC ²	33
Figure 5 : La trajectoire de services Programme CADOE	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les types de négligence.....	7
Tableau 2 : Les effets de la négligence sur le développement de l'enfant	10
Tableau 3 : Les interventions recommandées en négligence	31
Tableau 4 : Les axes d'interventions du Programme CADOE.....	38
Tableau 5 : Les outils d'évaluation	41
Tableau 6 : Les outils de planification et de suivis.....	42
Tableau 7 : Les outils d'interventions	43

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Les facteurs de risque et de protection.....	67
Annexe 2 : La théorie écosystémique de la négligence.....	71
Annexe 3 : Le modèle logique du PAPFC ²	75
Annexe 4 : Les qualités des programmes efficaces.....	79
Annexe 5 : Les axes d'interventions en négligence.....	83
Annexe 6 : Les indicateurs du PAPFC ²	89

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

Acronyme	Nom complet
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DBHL	Décibel Hearing Level : unité de mesure exprimant la perte d'audition par suite d'un test audiométrique sur la base d'une comparaison avec une audition dite normale
DBA	Décibel pondéré A
DSPÉ	Direction de santé publique et de l'évaluation
IC	Intervalle de confiance
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
KHZ	Kilohertz
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIOSH	National Institute of Occupational Health and Safety
NTOF	National Traumatic Occupational Fatalities
OR	Odds Ratio (rapport des cotes)
PNSP	Programme national de santé publique
SAE	Secteurs d'activité économiques
S/B	Rapport signal sur bruit
ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
AEO	Accueil-Évaluation-Orientation
ASSSCA	Agence de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches
AIDES	Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité
CABE	Cahier d'analyse des besoins de l'enfant
CADOE	Collectivement, agir pour le développement optimal des enfants
CJ	Centre jeunesse
CJCA	Centre jeunesse Chaudière-Appalaches
CLSC	Centre local de services communautaires

Acronyme	Nom complet
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI-TED-DP	Équipe déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et déficience physique des CSSS
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
FCE	Faire la Courte Échelle
FEJ	Équipe Famille-Enfance-Jeunesse des CSSS
GRIN	Groupe de recherche et d'intervention en négligence
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSS	Loi sur les services de santé et des services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCD	Organisme communautaire désigné
PAPFC ²	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, nouvelle génération
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
PSII	Plan de services individualisé intersectoriel
RTS	Réception et traitement des signalements
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

INTRODUCTION

De tous les mauvais traitements signalés et retenus en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), la négligence demeure la forme la plus fréquemment observée depuis bon nombre d'années. En plus de la forte prévalence de cette problématique, les conséquences de la négligence chez les enfants sont considérables et peuvent avoir des répercussions à long terme, même chez les générations qui les succéderont.

Malgré l'ensemble des programmes et services mis en place pour les enfants et leur famille par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les organisations communautaires et intersectorielles, la négligence résiste toujours aux efforts déployés.

C'est dans ce contexte qu'en 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) inscrivait la mise en œuvre d'un programme d'intervention en négligence dans l'offre de service du programme Jeunes en difficulté Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-service jeunes en difficulté, offre de service 2007-2012 (MSSS, 2007). Ces orientations ont été reconduites jusqu'en 2015.

Dans le cadre de l'offre de service, le Ministère prescrit la mise en place, dans tous les territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec, d'un programme d'intervention en négligence pour les parents en situation de négligence ou à risque de négligence et leurs enfants âgés de 0 à 12 ans. Les CSSS, en collaboration avec les centres jeunesse (CJ), ont la responsabilité de cette mise en œuvre (MSSS, 2007). Cette volonté est réitérée dans la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 (Secrétariat à la jeunesse, 2009) et coïncide avec les travaux ministériels sur l'optimisation des services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) visant à circonscrire ces derniers dans l'axe de la prévention du continuum de services (MSSS, 2011). De plus, d'ici 2015, l'implantation d'un programme d'intervention en négligence devrait apparaître comme attente signifiée dans l'entente de gestion liant les CSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (ASSSCA). La volonté du gouvernement québécois de soutenir le déploiement des programmes d'interventions en négligence s'est concrétisée par l'annonce d'investissements récurrents allant en ce sens.

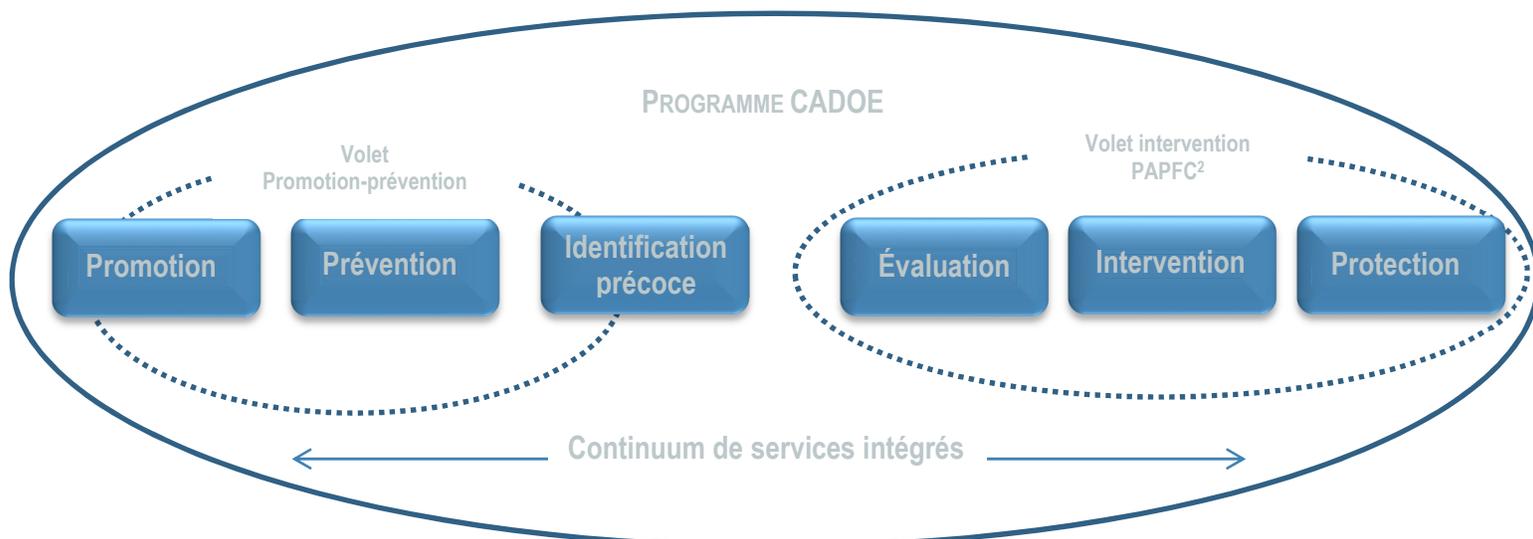
Parmi les programmes probants en matière de négligence, la région de la Chaudière-Appalaches a choisi de s'appuyer sur le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : Nouvelle génération (PAPFC²), développé par le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (Lacharité, C., Fafard, G., Bourassa, L. et coll., 2005) et répondant à plusieurs critères d'efficacité d'un programme d'intervention en négligence, tel que recensé par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ, 2009). Par ailleurs, une volonté régionale de maximiser l'offre de service actuelle auprès des enfants et de leur famille, de la promotion à la protection, a permis l'adoption d'une approche visant l'intégration optimale des services offerts aux enfants et à leur famille par l'ensemble des établissements et organisations (organismes communautaires, centres de la petite enfance (CPE), milieu scolaire, etc.). Le programme Faire la courte échelle : pour atteindre l'inaccessible face à la négligence (FCE) (Pinard, 2005) est un exemple de réussite d'intégration des services jeunesse en négligence qui nous inspire particulièrement.

La complémentarité du PAPFC² et de FCE est manifestée, le PAPFC² s'inscrivant dans le cadre de FCE pour y occuper les axes de l'identification précoce, de l'évaluation, de l'intervention et de la protection. La région de la Chaudière-Appalaches a choisi de se doter d'un programme offrant une structure de services intégrés telle que préconisée dans FCE tout en mettant en place un programme d'intervention en

négligence probant, le PAPFC². Cette structure, illustrée à la figure 1 représente en quelque sorte un cadeau pour la région. Un cadeau qui permet de se rassembler et de mailler nos expertises et nos actions pour agir plus efficacement auprès des enfants et des familles les plus vulnérables. Un cadeau qui nous encourage à intervenir de concert, favorisant ainsi la bienveillance et le développement optimal des enfants autant en amont, avec l'ensemble des services et des actions déjà mis en place, qu'en situation d'intervention ou de protection. Ce cadeau, pour les enfants, leur famille, leur collectivité, leurs intervenants, nous en sommes tous responsables et porteurs.

Voilà ce qui nous amène à vous présenter le Programme Collectivement, Agir pour le Développement Optimal des Enfants, ou plus simplement, le Programme CADOE.

Figure 1
Programme Collectivement, Agir pour le Développement Optimal des Enfants (CADOE)



Le présent document se veut un soutien aux établissements, aux organisations et aux équipes dans l'implantation du Programme CADOE. Il reprend l'amorce des travaux du CSSS Alphonse-Desjardins et s'appuie sur les connaissances de pointe en matière de négligence. Il s'adresse notamment aux gestionnaires des établissements qui auront à conduire, soutenir et suivre l'évolution du programme de même qu'aux professionnels des divers milieux qui auront à l'implanter ou à y collaborer activement, et à le mettre en œuvre. Ce cadre de référence a pour objectif :

- D'expliquer le phénomène de la négligence;
- De décrire les approches et programmes (dont le PAPFC² et FCE) qui composent ou qui ont inspiré le Programme CADOE;
- De présenter les diverses composantes du Programme CADOE;
- De proposer une organisation des services pour le bon fonctionnement du programme de même que les étapes à suivre pour l'implanter.

Tout au long du document, vous remarquerez l'image d'un cadeau  qui réfère au Guide clinique et de gestion. Il s'agit d'un recueil évolutif visant à partager régionalement des outils pertinents à l'implantation du Programme CADOE. Ces outils sont développés par différents acteurs locaux ou régionaux ou tirés d'autres travaux.



**LA NÉGLIGENCE, UNE
RÉALITÉ COMPLEXE À
COMPRENDRE**



1. LA NÉGLIGENCE, UNE RÉALITÉ COMPLEXE À COMPRENDRE

Être parent implique un bon nombre de composantes auxquelles on doit tenir compte.

Être parent c'est offrir affection, sécurité, stimulation et encadrement à des êtres qui, au départ et pendant un bon bout de temps, comptent largement sur leurs parents pour survivre et se développer. Quand l'ensemble des éléments clés du développement optimal des jeunes enfants sont en place, le développement d'un enfant peut se faire sainement (Pinard et Gagnier, 2010, p. 6).

Il est, par ailleurs, reconnu que la qualité de l'interaction entre un parent et son enfant influence le développement de l'enfant de même que ses capacités d'adaptation.

L'enfant développe graduellement un sentiment de compétence personnelle grâce, surtout, à ses interactions avec des adultes sensibles à ses signaux, ajustés et prévisibles dans leurs réponses. Le lien entre le signal de l'enfant et la réponse du parent renseigne l'enfant sur la façon de répondre de son environnement et influence ses sentiments de sécurité et de confiance. Le parent est également convié à ajuster le soutien offert à l'enfant aux circonstances et aux possibilités de l'enfant lui-même (Pinard et Gagnier, 2010, p. 6).

Lorsque ces exigences de la parentalité font défaut de manière significative, on peut supposer la présence de négligence envers les enfants. Cette facette des mauvais traitements est connue depuis longtemps, mais étudiée depuis peu. Jusqu'à tout récemment, il était encore difficile de trouver une définition du phénomène de la négligence. Elle a souvent fait l'objet d'études sans distinction des autres mauvais traitements tels que les abus physiques ou sexuels. Depuis quelques années, de nombreux experts se sont penchés sur cette réalité afin de documenter la négligence et ses nombreux visages dans le but de bien la comprendre, de la distinguer des autres mauvais traitements et de proposer ensuite des actions visant à réduire sa prévalence et à diminuer ses terribles impacts.

1.1 La définition de la négligence

Il est primordial de bien saisir ce que l'on entend par *négligence* afin de proposer des services efficaces et adaptés aux besoins des enfants et de leurs parents. Sans qu'un consensus absolu quant à une définition du concept de négligence soit présent dans la communauté scientifique, il semble y avoir une acceptation, au Québec du moins, de la proposition suivante :

La négligence est une carence significative voire une absence de réponses à des 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 celles-ci), de valeurs sociales adoptées par la collectivité dont fait partie ce dernier (Lacharité et coll., 2005).

La négligence se définit par le fait d'omettre plutôt que de commettre, par opposition à des conduites parentales inadéquates où il y a des actions abusives qui sont commises envers l'enfant

(au plan physique, sexuel ou psychologique). Elle se caractérise par une terrible absence de comportements bienfaisants pour l'enfant (CLIPP, 2008).

Légalement, la définition adoptée au Québec est inscrite à l'article 38 de la LPJ. L'article 38 stipule que la sécurité et le développement d'un enfant sont considérés comme compromis lorsque l'enfant se trouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physique ou lorsqu'il présente des troubles de comportements sérieux. La LPJ définit ces articles ainsi :

38 b) Négligence :

- 1° Lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en ont 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 ont la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°.

38 c) Mauvais traitements psychologiques :

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 de l'exposition à la violence conjugale ou familiale.

Selon certaines définitions cliniques, dont celles présentées précédemment, les mauvais traitements psychologiques font partie de la négligence. Il est convenu régionalement que les données provenant du Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA) et de l'ACJQ seront présentées en ce sens.

D'un point de vue étiologique, Lacharité, Éthier et Nolin (2006) soutiennent que la négligence envers les enfants résulte d'une double perturbation :

- Une perturbation sévère de la relation parent-enfant et ce dernier : les relations parent-enfant sont caractérisées par un faible taux d'interactions ou, s'il y a interactions, par des conduites réciproques négatives.
- Une perturbation des rapports entre la famille et la collectivité : cette perturbation est caractérisée principalement par de l'isolement. Elle limite le soutien aux parents et les expériences relationnelles alternatives qui permettraient de répondre adéquatement aux besoins de l'enfant.

Ces éléments de définition permettent une vue d'ensemble du phénomène. Les sections suivantes offrent une description plus exhaustive des éléments à prendre en compte pour approfondir la compréhension de la négligence.

1.2 La prévalence de la négligence au Québec et dans la région de la Chaudière-Appalaches

Un enfant négligé est toujours une victime de trop. Malgré de nombreuses recommandations au fil des dernières décennies, malgré les programmes multiples mis en place, les données en ce qui a trait à la prévalence de la négligence demeurent alarmantes d'année en année. Le rapport du groupe de travail pour les jeunes, un Québec fou de ses enfants (Bouchard, 1991), rapportait déjà en 1991 que 9 435 enfants québécois étaient victimes de négligence comparativement à 1 271 pour des abus physiques et 1 550 pour des abus sexuels. Ces chiffres indiquent qu'il y a plus de 20 ans, la négligence était, comme aujourd'hui, la forme de mauvais traitement la plus signalée à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Selon le bilan de l'ACJQ (2012), le nombre total de signalements a augmenté de 1,01 % en 2012 comparativement à 2011. Bien que cette hausse soit légère, elle était cependant de 8,2 % en 2011 par rapport à 2010 et était la plus importante des cinq dernières années. Les DPJ et leurs équipes doivent ainsi faire face depuis quelques années à une hausse cumulative des signalements qui génèrent une importante pression sur l'ensemble du réseau des centres jeunesse du Québec.

Les données suivantes traduisent la prévalence de la négligence telle que définit ci-haut pour le Québec et pour la région de la Chaudière-Appalaches :

- En 2011-2012, 50,9 % des 32 661 signalements retenus au Québec concernent la négligence (ACJQ, 2012).
- En 2011-2012, 64,5 % des 31 741 enfants québécois pris en charge par le DPJ ont une problématique de négligence (ACJQ, 2012).
- En 2011-2012, 49,1 % des 1 559 signalements retenus dans Chaudière-Appalaches concernent la négligence (CJCA, 2012).

De plus, un grand nombre d'enfants suivis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans les CSSS sont à haut risque de vivre en contexte de négligence. C'est notamment le cas de plusieurs familles vulnérables suivies actuellement dans le cadre des SIPPE ou d'autres services offerts par les établissements du réseau de la santé et par plusieurs organismes communautaires. Ces données traduisent l'urgence de poser des actions concrètes pour lutter contre le phénomène de la négligence et en réduire les conséquences.

1.3 Une classification de la négligence

La négligence s'observe généralement par le manque de réponses aux besoins de l'enfant ou par les conséquences induites chez ce dernier. Compte tenu de la complexité et du caractère multidimensionnel de cette réalité, divers auteurs proposent de classer la négligence afin de faire ressortir les particularités qui peuvent s'observer dans une variété de situations. Trois classifications ont retenu davantage notre attention.

1.3.1 Les principales formes de négligence

La négligence peut prendre différentes formes dont les principales sont présentées ici-bas (Pinard, 2005; Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2005, Pinard et Gagnier, 2010).

La négligence physique

Cette forme de négligence est fortement corrélée à la pauvreté. Il s'agit sans doute de la forme la plus observable de la négligence. Elle touche à :

- L'alimentation : privation de nourriture et mauvaise alimentation entraînant un retard staturo-pondéral, un retard du développement crânien;
- L'habillement : vêtements inadéquats selon les saisons, la taille ou l'âge;
- L'hygiène : malpropreté corporelle constante entravant sa santé, son estime de soi et sa socialisation;
- La salubrité : entretien ménager négligé (malpropreté, rangement);
- Le logement : ameublement de base inadéquat, surpeuplement;
- La sécurité : présence de dangers physiques dans la maison;
- Les comportements tels les abus de drogues, d'alcool et de médicaments durant la période prénatale.

La négligence médicale

Elle se caractérise par le retard ou le refus du parent à consentir aux soins nécessaires à la santé de l'enfant tels que : traitements médicaux, examens, médicaments et vaccination (ne concerne pas les parents qui, par leurs croyances, choisissent de ne pas faire vacciner leur enfant).

La négligence éducationnelle

Cette forme de négligence correspond à l'omission de fournir les stimuli appropriés au développement de l'enfant tels que les stimulations ou le soutien à la fréquentation scolaire. On la reconnaît, entre autres, à :

- un manque de surveillance telle l'absence des parents du domicile familial laissant les enfants sans protection;
- un manque d'opportunités favorisant le développement optimal de l'enfant, des exigences non adaptées à l'endroit de l'enfant par rapport à son âge et à certaines situations, des lacunes au niveau de la routine de vie, etc.;
- l'encouragement de comportements délinquants : comportements et mode de vie inadéquats.

La négligence émotionnelle

C'est vraisemblablement la forme la plus répandue de la négligence. Elle se traduit par l'incapacité ou par la non disponibilité du parent à percevoir, interpréter et répondre adéquatement aux besoins émotionnels de l'enfant (ex. : besoin d'attention, de sécurité, d'affection, d'encouragement, d'estime de soi).

La négligence communautaire

La négligence communautaire correspond à une absence ou à une insuffisance de ressources, des politiques ou de programmes destinés au soutien des enfants et des familles, incluant un manque d'arrimage entre les différents services. Cette forme de négligence n'est pas de la

responsabilité du parent, mais bien de celle de la communauté et des pouvoirs publiques. Elle peut se traduire par des services de garde insuffisants, des concentrations de difficultés dans certains secteurs (pauvreté, criminalité, écoles recevant un haut niveau de jeunes présentant des retards d'apprentissage), d'une présence inégale de ressources appropriées aux besoins des familles de certains secteurs.

1.3.2 La classification de Trocmé et coll. (2005)

Trocmé et coll. (2005), répertorient pour leur part huit formes de négligence:

- **Le défaut du superviseur ou de protéger entraînant des sévices physiques.** L'enfant souffre ou est exposé à un risque élevé de sévices physiques parce que la personne qui en prend soin ne le supervise pas ou ne le protège pas suffisamment;
- **Le défaut de superviser ou de protéger entraînant de l'abus.** L'enfant est ou a été exposé à un risque élevé d'abus sexuels ou d'exploitation sexuelle, et la personne qui en prend soin est au courant ou devrait être au courant de ce risque et ne le protège pas suffisamment;
- **La négligence physique.** L'enfant a été exposé à un risque élevé de sévices physiques parce que la personne qui en prend soin ne le supervise pas ou ne le protège pas suffisamment. Cette forme de négligence englobe une alimentation ou des vêtements non appropriés ainsi que des conditions de vie insalubres ou dangereuses;
- **La négligence sur le plan médical.** L'enfant a besoin de soins médicaux visant à guérir, prévenir ou soulager des sévices ou une souffrance physique, et la personne qui en prend soin ne lui procure pas les soins, refuse de les lui procurer ou encore, n'est pas libre ou incapable de donner son consentement pour des soins;
- **Le défaut de procurer des soins en cas de problèmes sur le plan mental, affectif ou développemental.** L'enfant est exposé à un risque élevé de sévices psychologiques (à en juger par son état d'anxiété sévère, son état dépressif, son repli sur soi ou son comportement autodestructeur ou agressif) ou est à risque élevé de troubles mentaux, affectifs, ou développementaux qui peuvent sérieusement nuire à son développement;
- **Des attitudes permissives à l'égard d'un comportement mésadapté ou criminel.** L'enfant a commis une infraction avec l'encouragement de la personne qui en prend soin ou parce que celle-ci ne l'a pas supervisé ou a été incapable de le superviser suffisamment;
- **L'abandon ou le refus d'assurer la garde.** La personne qui prend soin de l'enfant est décédée ou est incapable d'exercer ses droits de garde, elle ne prend pas les dispositions nécessaires pour assurer les soins et la garde de l'enfant ou encore, l'enfant est placé et la personne qui en prend soin refuse ou est incapable d'en assumer la garde;
- **La négligence sur le plan de l'éducation.** La personne qui prend soin de l'enfant l'autorise à s'absenter régulièrement de l'école (cinq jours ou plus par mois), ne l'a pas inscrit à l'école ou le garde à maintes reprises à la maison.

1.3.3 Une classification selon le traitement de l'information

Crittenden (1993) propose un modèle théorique qui identifie quatre façons incorrectes de traiter l'information menant à la négligence. Cette classification permet de préciser en quelque sorte la négligence émotionnelle :

- Négligence résultant d'une non-perception de l'information transmise par l'enfant ou des besoins de ce dernier. Pour des raisons diverses (limite cognitive, intoxication, psychose), le parent est présent sans y être.
- Négligence résultant d'une interprétation incorrecte de l'information en provenance de l'enfant.
- Négligence résultant d'une difficulté à choisir une réponse. Le parent constate l'expression d'une émotion, la décode correctement, mais ne sachant pas quelle conduite adoptée, il fige.
- Négligence résultant d'une difficulté à se mobiliser et à agir.

1.4 La chronicité de la négligence

La négligence peut survenir dans la vie d'une famille à la suite d'un événement ponctuel, perturbateur de la vie familiale tel un divorce ou la maladie d'un parent. Il s'agit alors de négligence circonstancielle. La négligence chronique persiste quant à elle depuis plusieurs mois ou même plusieurs années et peut se transmettre de génération en génération (Ethier, Biron, Pinard, Gagnier et Deslauniers, 1998). Dans ce dernier cas, les enfants naissent généralement dans un contexte de négligence et se développeront dès les premiers jours voire même, dès les premiers instants de leurs conceptions, dans des conditions adverses. La durée d'exposition à la négligence est liée à la gravité des problèmes que peuvent présenter les enfants (CLIPP 2008).

La typologie proposée ci-dessous permet de mieux cerner l'ampleur de la négligence. Il est à noter que les familles évoluent ou régressent et peuvent passer d'un type de négligence à l'autre. Le tableau 1 résume les différents types ou niveaux de négligence et ce qui les caractérise.

La négligence situationnelle

La famille traverse une période de sa vie caractérisée par la survenue d'événements ou de bouleversements qui brisent l'équilibre, peut-être fragile, mais qui était pourtant présent auparavant. Dans ce contexte, la sécurité ou le développement des enfants pourraient être compromis. La négligence est alors circonstancielle. On est le plus souvent capable, pour ces familles, d'identifier un ou des événements ponctuels qui ont pour conséquence de perturber le mode de vie familiale (Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2006).

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 favorables et moins désorganisées que celles des familles des niveaux 3 et 4. 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 (Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2006).

**Tableau 1
Les types de négligence¹**

	Clientèle universelle et ciblée		Négligence de Niveau 1	Négligence de Niveau 2	Négligence de Niveau 3	Négligence de Niveau 4
Types de négligence	Absence de négligence		Situationnelle	Périodique	Récurrente	Installée
Gradation de la négligence						
Orientation	Activités et programmes de promotion et prévention.		Services généraux ou spécifiques du CSSS ou des organismes communautaires.	Programme de services intégrés CADOE, volet PAPFC ²		Programme spécifique du CJA.
Niveau de difficulté des parents	Parents qui fonctionnent bien.		Situation nouvelle, jamais vécue auparavant et difficile à surmonter (ex. : divorce, perte d'emploi, maladie d'un membre de la famille, etc.).	Problèmes déjà existant sur une base périodique ou se dégradant à cause d'un mode de vie, d'une maladie ou d'un vécu difficile.	Difficultés importantes à plusieurs niveaux.	Cumul de difficultés importantes à plusieurs niveaux.
Manifestations de la négligence	Aucune manifestation de négligence.		Premières manifestations de la négligence. L'enfant présente des vulnérabilités dans son développement.	Phénomène connu ou latent. La sécurité et/ou le développement de l'enfant sont préoccupants.	Phénomène connu pouvant avoir des conséquences sérieuses chez l'enfant. La sécurité et/ou le développement de l'enfant sont préoccupants ou peuvent être compromis.	Phénomène connu s'inscrivant dans le temps, de façon permanente avec des conséquences plus graves pour l'enfant. La sécurité et/ou le développement de l'enfant sont compromis.
Ressources des parents/famille	La famille présente des ressources adéquates et possède un bon nombre de facteurs de protection.	Familles présentant des facteurs de risque.	Présence de ressources personnelles et environnementales pour mettre fin à la situation problématique.	Présence de ressources personnelles et environnementales pour mettre fin à la situation problématique.	Graves lacunes dans les capacités parentales. Faible capacité à modifier la situation même si expression d'un désir de le faire.	Absence ou peu de motivation à modifier la situation. Retrait progressif des exigences de leur rôle de parent. Faible capacité à modifier la situation. Pronostic sombre.
Services	Clientèle universelle Activités et programme de promotion et de prévention.	Clientèle ciblée - Programme SIPPE -Y'APP, PACE.	Services généraux ou spécifiques du CSSS (LSSSS) ou d'autres organismes Programme CADOE, <i>volet promotion-prévention</i> .	Programme CADOE, volet PAPFC² et les services complémentaires requis.	Programme CADOE, volet PAPFC² et les services complémentaires requis.	Services spécialisés du CJ (L.P.J).

¹ Inspiré du programme L'Entrain (Michaud et Tremblay, 2011) et du programme « Je tisse des liens gagnants, (Jancarik, 2012). »

La négligence récurrente

La négligence récurrente est la résultante de lacunes des parents, sur le plan des ressources internes et externes. Ces lacunes rendent très difficile l'exercice du rôle parental. On se questionne ici sur le potentiel de répondre aux besoins physiques, affectifs, éducatifs et sociaux de la 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 appris (Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2006).

La négligence installée

La famille présente des lacunes sur le plan des ressources internes et externes qui influencent sa motivation ainsi que l'exercice des fonctions parentales. Le pronostic quant à 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 (Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2006).

1.5 Les facteurs de risque et de protection reliés à la négligence

Le caractère multidimensionnel de la négligence implique un nombre considérable de facteurs de risque et de protection. La prise en compte de ces facteurs est indispensable afin d'obtenir un portrait exhaustif de la situation dans laquelle se trouve une famille. L'annexe 1 présente les facteurs de risque et de protection associés à la négligence.

Précisons que la plupart des facteurs de risque présentés peuvent être associés à d'autres situations pouvant occasionner différentes difficultés d'adaptation ou troubles de toutes sortes. Divers programmes offerts aux familles vulnérables ont ces mêmes facteurs de risque pour critères d'accès. Prenons, par exemple, les SIPPE qui sont destinés aux familles sous le seuil du faible revenu et les mères sans diplôme de cinquième secondaire ou de diplôme d'études professionnelles.

Toutefois, le cumul et la nature des facteurs de risque sont des éléments essentiels à prendre en compte lorsqu'ils sont associés à la négligence. En effet, l'étude d'Éthier, Bourassa, Klapper et Dionne (2006), a permis de démontrer que les mères ayant au moins huit facteurs de risque sont plus susceptibles de vivre dans un contexte de négligence chronique. Cette étude soutient également que les facteurs reliés aux antécédents et aux caractéristiques personnelles du parent permettent de distinguer davantage les situations de négligence chronique que les facteurs sociaux et économiques.

Parmi les facteurs de risque associés à la négligence, certains méritent que l'on s'y attarde davantage. C'est le cas notamment de certaines difficultés personnelles majeures que peuvent vivre les parents.

Les données indiquent que la toxicomanie, les troubles mentaux, la violence conjugale et la déficience intellectuelle des parents sont tous associés à des conduites parentales négligentes. Ces résultats supposent que la nature de chaque problème personnel du parent et les conséquences qu'il entraîne sur son fonctionnement interviennent dans le type de conduites malsaines qu'il adopte avec son enfant (Léveillé, Chamberland, et Tremblay-Renaud, 2007).

L'étude canadienne de l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (Trocmé et Wolfe, 2001) indique que dans 75 % des cas étudiés, la personne prenant soin de l'enfant présente au moins un facteur de stress ou un problème de fonctionnement dont :

- 47 % : Problème de toxicomanie
- 40 % : Antécédents de violence durant l'enfance
- 39 % : Absence d'appui
- 27 % : Problèmes de santé mentale
- 23 % : Violence conjugale

Certaines populations sont également plus à risque de vivre dans un contexte de négligence. C'est le cas des familles autochtones et des familles immigrantes (Trocmé et coll., 2005, Young, 2011).

1.6 Les conséquences de la négligence

La négligence constitue la forme de mauvais traitements qui entraînent les conséquences les plus sérieuses pour l'enfant. Les impacts de la négligence sont multiples et se manifestent dans quatre domaines (Lacharité, Ethier, et Nolin, 2006) :

- **L'augmentation des risques de mortalité ou de morbidité sur le plan physique;** imputables à des événements 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.
- **L'augmentation des risques d'être exposé 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 présence de restrictions importantes à l'intérieur de l'environnement socio-éducatif** (ses divers milieux de vie ou son microsystème selon l'approche écologique (Bronfenbrenner, 1986)) limitant les expériences développementales normatives. 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 jouer un rôle compensatoire par rapport aux lacunes des figures parentales.
- **Les séquelles développementales** directement attribuables à la négligence par les figures parentales, dans quatre dimensions :
 - 1) Le fonctionnement sensoriel et neurocognitif;
 - 2) L'engagement social mutuel et la communication;
 - 3) L'expression et la régulation des affects;
 - 4) L'attachement et les représentations de soi et des autres.

Le tableau 2 présente les séquelles développementales détaillées.

Tableau 2
Les effets de la négligence sur le développement de l'enfant²

	Découverte sensorielle du monde et développement neurocognitif	L'engagement mutuel et la communication	L'expression et la régulation des affects	L'attachement et les 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 préadaptés (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 réconforter 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 forme de communication qu'on utilise principalement 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 comportements 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) lui sont une forme d'engagement et de communication familiale.	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.

² Tiré de Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) (2008). 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.



**LES APPROCHES ET
PROGRAMME
D'INTERVENTION**



2. LES APPROCHES ET PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE SUR LESQUELS S'APPUIE LE PROGRAMME CADOE

Le Programme CADOE repose sur des approches et modèles d'intervention probants en négligence. Il s'agit d'un programme écosystémique, composé essentiellement du programme FCE et du programme d'intervention en négligence, le PAPFC².

2.1 L'approche écologique ou écosystémique

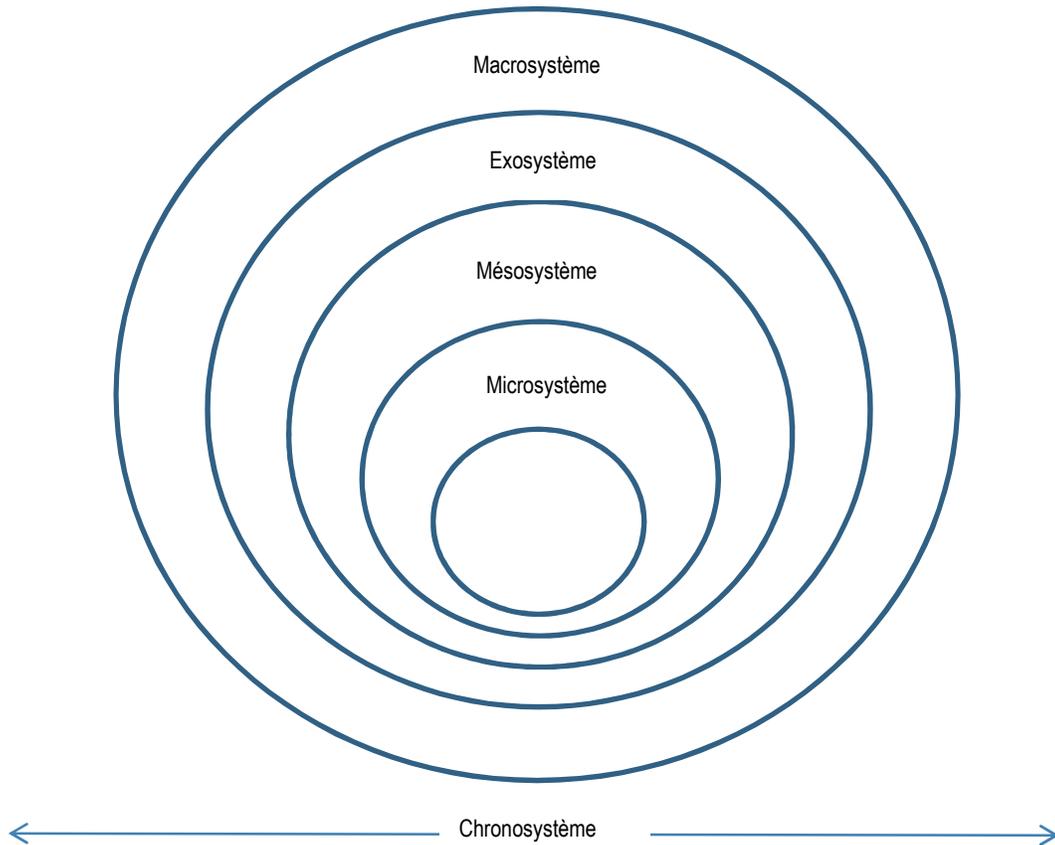
Le modèle écologique proposé par Bronfenbrenner (1979) prend en compte l'ensemble des systèmes entourant une personne afin de bien cerner comment l'être humain se développe.

Ce modèle propose une description de l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer tant le développement d'une personne que les interactions pouvant exister entre ces facteurs. Les comportements d'une personne découlent donc de l'adaptation réciproque de la personne et son environnement, immédiat et éloigné, ainsi que les relations entre les différents systèmes caractérisant cet environnement. À l'image des poupées russes, ces systèmes s'imbriquent les uns dans les autres tels que présentés à la figure 2. Il s'agit de l'ontosystème, du microsystème, du mésosystème, de l'exosystème, du macrosystème et le chronosystème (Bronfenbrenner, 1986).

Une description des différents sous-systèmes permet de saisir la globalité du modèle écologique (Bronfenbrenner, 1986; De Montmigny et Goudreau, 2009; Drapeau, 2011; Pauzé, nd).

- L'ontosystème représente l'individu avec ses caractéristiques psychologiques et biologiques propres, innées ou acquises. L'individu est représenté comme un système en soi puisqu'il ne fait pas que subir les influences de son environnement, mais contribue également aux transformations de l'environnement à travers un processus dynamique.
- Les milieux de vie immédiats ainsi que les personnes avec qui l'individu est en relation directe constituent le microsystème, par exemple : pour un enfant, il s'agit de sa famille, de l'école, de son quartier, de son cercle d'amis.
- Le mésosystème représente l'ensemble des relations entre les microsystèmes. On pourrait penser aux relations entre les parents, entre les parents et l'école, etc. Ici, la qualité et la nature des relations sont observées de même que les impacts sur les divers systèmes.

Figure 2
Le modèle écologique



- L'exosystème comprend, pour sa part, l'ensemble des milieux dans lesquels l'individu n'est pas directement impliqué, mais qui peuvent avoir des impacts sur lui. On pense ici au milieu de travail des parents, au réseau social du parent, à la commission scolaire, au bureau de services des loisirs de la municipalité, etc. Les événements et relations qui se jouent dans ces différents milieux peuvent avoir des incidences directes ou indirectes de tout ordre sur l'enfant.
- Le macrosystème englobe les normes, valeurs et croyances caractérisant une société, une culture, un groupe, qui sont véhiculées à l'intérieur des sous-systèmes. Les valeurs en ce qui concerne l'allaitement, l'éducation des enfants, la place du père dans la famille, l'importance des droits des enfants ne sont que quelques exemples pouvant susciter un lot de réflexions et d'effets dans les différents sous-systèmes.
- Enfin, le chronosystème représente le temps, soit l'époque dans laquelle évoluent les sous-systèmes, soit les transitions temporelles que vivent les sous-systèmes. On entend ici les événements de vie (ou tâches développementales) d'une famille et des gens qui la composent comme la naissance d'un enfant ou le passage à l'adolescence.

La compréhension de la négligence n'est complète que par une vision globale et multidimensionnelle du phénomène. Le modèle écologique permet de mettre en perspective l'ensemble des conséquences développementales de l'enfant reliées à la négligence mais également, de tenir compte de l'ensemble des facteurs et processus pouvant intervenir dans une

telle situation (Belsky, 1993; Lacharité, Éthier et Nolin, 2006). Il est ainsi possible de considérer les aspects parentaux, évidemment, mais également les déterminants familiaux, sociaux, politiques, culturels, etc.

2.2 Faire la Courte Échelle (FCE)

Faire la Courte Échelle est un programme visant l'intégration des services jeunesse en négligence, de la promotion à la protection. Ce programme, réalisé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre du Québec, en collaboration avec le GRIN de l'UQTR (Pinard, 2005), a pour but de « traduire en offre de service intégré, sur l'ensemble d'un territoire sociosanitaire, cette vision écosystémique de l'aide professionnelle et du soutien informel apportés dans des situations de négligence et de risque de négligence » (Lacharité, Pinard, Giroux et Cossette, 2007, p. 311). C'est ainsi que les acteurs impliqués dans cette approche se « font la courte échelle » pour se rendre plus haut dans l'intervention en prenant soin de ne pas se laisser envahir par des conditions teintées de compétition, de recherche de pouvoir, de missions circonscrites, etc. À l'aide de structures d'intégration, les acteurs impliqués sont amenés à partager une vision commune, des objectifs communs, à s'engager réciproquement dans des activités couvrant le continuum de services (de la promotion à la protection) et de porter solidairement la responsabilité de l'atteinte des objectifs.

Cette approche met en pratique un proverbe sénégalais, largement utilisé lorsque l'on parle du bien-être des enfants, qui stipule que « ça prend tout un village pour élever un enfant. » Un enfant, ça ne s'élève pas seul! Si ce n'est pas en couple, c'est avec un soutien de la famille. Et si ce n'est pas avec un proche, la collectivité doit être mise à contribution. L'esprit d'un village peut se retrouver dans un quartier, dans un immeuble à logement, dans un groupe d'amis. Un village, c'est en fait un ensemble de personnes qui se porte garant du bien-être des enfants, qui assure une certaine vigie collective à leur bon développement. C'est en quelque sorte ce à quoi ce sont engagés plus de 200 pays lors de la signature de la Convention relative aux droits de l'enfant (Nation Unies, 1989). Les 54 articles de cette convention définissent les droits des enfants du monde dont ceux du droit à la vie, à l'identité et à la liberté, de trouver une réponse à leurs besoins de base, de se développer sainement, d'être protégés contre toute forme de violence, de négligence, d'abandon, de mauvais traitements et d'exploitation. La responsabilité relative à ces droits revient en premier lieu aux parents, mais la collectivité a également le devoir de soutenir les parents dans leur rôle et doit promouvoir et favoriser la protection et le bien-être des enfants (Cloutier, n.d.).

2.3 Le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, nouvelle génération (PAPFC²)

Le PAPFC² (Lacharité et coll., 2005) est le cœur du Programme CADOE. Il s'agit d'un programme d'intervention spécifiquement conçu pour les familles en contexte de négligence. Il permet de préciser la nature des activités et des pratiques prometteuses auprès des enfants et de leur famille. En lien avec les orientations ministérielles, ce programme est actuellement implanté ou en cours d'implantation dans plusieurs régions du Québec.

Les travaux de Lacharité, Éthier et Nolin (2006) situent la négligence dans la perspective écosystémique illustrée à l'annexe 2. Leurs travaux ont servi de fondements à la bonification de la première version du PAPFC pour devenir le PAPFC², nouvelle génération. Ce programme

s'adresse aux enfants (et à leur famille) dont la sécurité et le développement sont considérés comme étant préoccupants ou compromis en raison du fait qu'ils vivent dans des familles où les figures parentales éprouvent des difficultés significatives à remplir leurs responsabilités attendues d'elles sur le plan physique, éducatif et/ou affectif. Les éléments suivants sont directement tirés du Guide de programmes (Lacharité et coll., 2005)

Les principes du programme

- Inscrire le soutien individualisé par les professionnels dans une logique d'intégration de services.
- Mettre en place un cadre commun pour la compréhension des besoins des enfants et le partage des responsabilités des adultes.
- Intervenir directement auprès des enfants négligés ou à risque de l'être.

Les fonctions essentielles visées par le programme

- Offrir aux pères et aux mères un ensemble de services leur permettant d'améliorer et de consolider leur disponibilité psychologique envers leurs enfants et de soutenir des conduites responsables et sensibles en regard des besoins de base de ces derniers.
- Offrir aux enfants un ensemble de services visant à soutenir leur développement global à l'intérieur de leurs divers milieux de vie.
- Offrir aux parents et aux enfants un ensemble de services leur permettant d'améliorer leur rapport à la collectivité sociale et institutionnelle.

Les buts du programme

- Que les enfants vivent auprès d'adultes qui sont en mesure de leur accorder de l'attention et de répondre adéquatement à leurs besoins.
- Que les adultes présents dans l'entourage des enfants s'entendent sur le partage des responsabilités à leur égard et qu'ils collaborent pour assurer leur bien-être et leur développement optimal.

Les objectifs liés aux résultats à court terme

- Les conditions d'existence des familles s'améliorent pour permettre aux enfants et aux parents de disposer de ressources nécessaires au maintien de leur santé et de leur bien-être et d'avoir du pouvoir sur leur vie.
- Les figures parentales disposent du soutien social nécessaire à l'exercice de leurs responsabilités auprès de leurs enfants. Ce soutien correspond à la nature des besoins manifestés par les parents (donc suffisamment intense, cohérent et continu).
- La disponibilité psychologique des figures parentales de même que les conduites responsables et sensibles à l'égard des besoins de leurs enfants s'améliorent.
- Le fonctionnement psychosocial et cognitif des enfants s'améliore à l'intérieur de leurs divers milieux de vie.

2.3.1 Les activités du PAPFC²

Les activités du programme sont brièvement décrites dans les lignes qui suivent, mais une lecture approfondie du Guide de programmes du PAPFC² (Lacharité et coll., 2005) s'impose pour une juste compréhension des fondements qui sous-tendent ces activités et leur caractère propre.

Les activités cliniques prioritaires

Pour l'ensemble des familles, un certain nombre d'activité doit être offert. Ces activités s'inscrivent dans un processus circulaire plutôt que linéaire. Cela implique qu'elles sont proposées aux familles tout au long du suivi, de manière continue ou cyclique afin de permettre les adaptations nécessaires selon l'évolution de la famille.

L'analyse participative des besoins

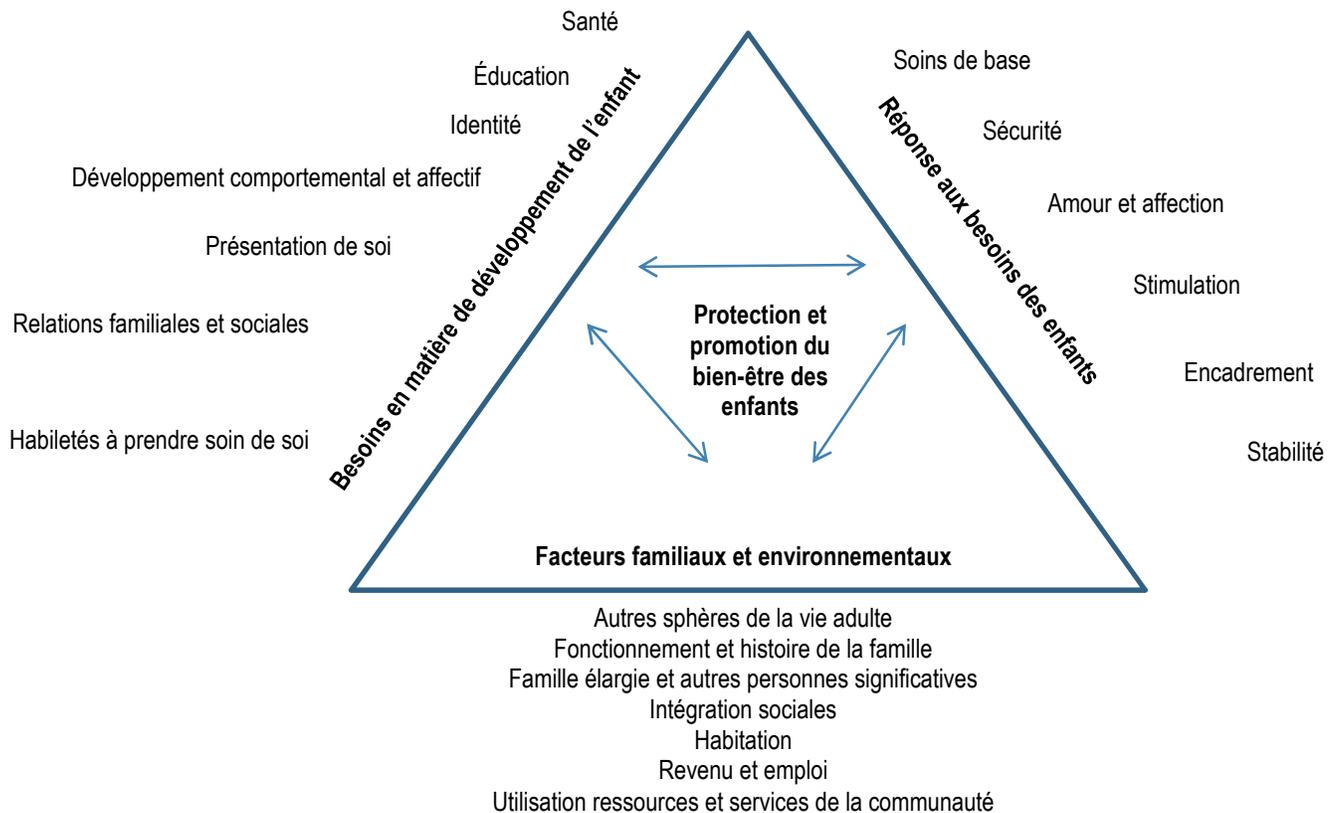
L'analyse participative des besoins constitue la première étape du processus clinique. Il s'agit en fait de l'évaluation de la situation, en étroite collaboration avec les parents. Cette étape diffère des processus d'évaluation traditionnels et représente une intervention en soi. Les parents sont amenés à décoder les besoins de leur enfant et à développer une conception éthique de ces besoins. Ils doivent également apprendre à différencier leurs propres besoins de ceux de leur enfant et développer des stratégies pour prioriser ces besoins et y répondre adéquatement.

Le cadre d'analyse écosystémique des besoins développementaux de l'enfant, illustré à la figure 3 et, développé par Ward et Rose (2002), est un outil de choix pour appuyer cette démarche. Par ailleurs, une préoccupation particulière doit être portée aux besoins risquant de compromettre la sécurité et le développement de l'enfant.

Cette activité occupe une place prépondérante tout au long du suivi. Elle sous-tend le discours des intervenants³ afin de développer et de maintenir l'habileté des parents à analyser et à reconnaître les besoins de leur enfant, à développer leur sensibilité et leur fonction réflexive. La participation de l'enfant à cette analyse, selon ses habiletés de communication, doit également faire partie des modalités à prioriser.

³ L'appellation *intervenant* étant le plus souvent associée au réseau public des établissements de santé et de services sociaux, il faut comprendre ici qu'elle inclut également les personnes œuvrant dans les organismes communautaires de mêmes que les professionnels en milieu scolaire.

Figure 3
Le cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant (Ward et Rose, 2002)



Le soutien professionnel individualisé

Intervenir en contexte de négligence est un défi de taille. Les obstacles sont nombreux lors de la mise en place de services aux familles vulnérables et de pratiques professionnelles soutenant les compétences parentales (Lacharité, de Montigny, et coll., 2005). Dans le cadre du PAPFC², il est primordial de prendre le temps de se poser ces questions, tel que recommandé par Lacharité et coll., (2005) :

- Quel genre d'aide professionnelle est nécessaire et appropriée dans l'univers de la négligence?
- Comment ce que les établissements et organismes font de mieux (à travers notamment les actions de leurs professionnels) est-il pertinent à l'aide requise dans les situations de négligence?

Les douze points suivants présentent les principes sous-jacents aux pratiques exemplaires documentées et pouvant s'appliquer à la relation parent-professionnel dans le cadre de services offerts en contexte de négligence ou de risque de négligence.

Ces principes mettent en évidence quatre fondements que les professionnels doivent s'approprier dans le cadre de leur fonction auprès de la clientèle en situation de grande vulnérabilité (Lacharité et coll., 2005) :

- L'importance cruciale d'une relation de confiance mutuelle;

- La recherche de « ponts » entre l'univers de valeurs des professionnels et celui des familles vivant dans le monde de la négligence;
- La nécessité d'organiser l'aide autour de l'acte de définir des besoins (d'où l'importance de l'analyse participative des besoins de l'enfant);
- Permettre aux familles, aux enfants et aux professionnels de vivre des expériences de services positives.

Nécessairement, les professionnels doivent ainsi se rendre *pertinents*, pour la famille, faciliter l'accès aux services de même que les transitions entre les divers services et permettre à la famille de faire des choix quant à la nature et les modalités des services. Il est du ressort des intervenants de mettre en place les conditions nécessaires à ce que les services soient adaptés à l'ensemble de la réalité de la famille et que tout soit mis en œuvre pour la poursuite du développement des enfants.

**Principes de soutien et d'aide efficace dans la relation parent-professionnel
(adapté de Dunst, Trivette et Deal, 1988, 1994 – tiré du PAPFC² - Lacharité et coll., 2005)**

1. *Le soutien est plus efficace quand l'intervenant adopte une attitude positive et invitante (désir sincère de prendre soin de l'autre, de lui rendre service, chaleur, encouragement). Lorsque l'intervenant est perçu comme agissant par gentillesse ou par générosité, le soutien est considéré de manière plus favorable.*
- 2.. *Le soutien a plus de chances d'être reçu favorablement si l'intervenant offre du soutien plutôt que d'attendre qu'on le lui demande. La sensibilité de l'intervenant aux messages verbaux et non verbaux du parent est une qualité essentielle pour pouvoir agir de façon appropriée. Le soutien est perçu comme étant plus efficace lorsque l'intervenant offre un soutien qui correspond à un besoin ressenti par le parent.*
3. *Le soutien est plus efficace quand l'intervenant permet que le processus de décision soit clairement contrôlé par le parent. Cela inclut les décisions à propos des besoins à satisfaire/buts à atteindre, des moyens utilisés et, au bout du compte, de l'acceptation ou du rejet du soutien. Le droit de refuser l'aide offerte doit être explicitement reconnu par l'intervenant, la décision de refuser doit être clairement validée (approuvée) et la possibilité d'échanges futurs doit être laissée ouverte. Moins l'aide implique une perte de liberté, plus elle est perçue comme favorable et efficace.*
4. *Le soutien est plus efficace s'il permet d'éviter de laisser l'impression que le parent est anormal (comparé aux autres personnes dans la même situation). Le soutien non normatif peut entraîner des sentiments d'infériorité et d'incompétence.*
5. *Le soutien est plus efficace lorsqu'il correspond au type d'évaluation et de compréhension que le parent a de son problème ou de son besoin. La perception qu'une personne a de ses problèmes et de ses besoins exerce une grande influence sur la direction de sa conduite.*
6. *Le soutien a plus de chances d'être reçu favorablement si les « coûts » entraînés par sa recherche et son acceptation n'excèdent pas les « bénéfices » que le parent en retire. Le soutien aura tendance à être considéré comme une « bonne affaire » s'il réduit les risques d'une baisse de l'estime de soi, s'il encourage l'exercice des*

libertés (processus de décision) et s'il favorise un sentiment de compétence et d'adéquacité.

- 7. Le soutien a plus de chances d'être reçu favorablement si le parent a la possibilité de « retourner la pareille » (réciprocité) et que cette possibilité est clairement approuvée par l'intervenant sans être formellement attendue. La réciprocité est un moyen efficace pour réduire le sentiment de dettes envers l'intervenant, elle permet au parent d'avoir l'impression d'avoir autant à donner qu'à recevoir.*
- 8. Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si le parent a l'impression de réussir immédiatement à régler son problème ou à combler son besoin (ou à vivre des réussites immédiates sur le trajet le menant à la résolution de son problème ou la satisfaction de son besoin). Cela peut être accompli principalement en encourageant l'utilisation des forces/capacités existantes de la personne pour résoudre des éléments du problème.*
- 9. Le soutien est plus efficace si l'intervenant encourage l'utilisation des réseaux naturels de soutien du parent et ne favorise pas leur remplacement par un réseau d'aide professionnelle. Le soutien permet de redonner du pouvoir au parent s'il sert à améliorer les échanges entre lui et les personnes de son réseau social naturel et à encourager le sentiment d'appartenir à une communauté (plutôt que d'en être aliéné ou exclu).*
- 10. Le soutien a plus de chances de promouvoir un fonctionnement positif si l'intervenant réussit à susciter chez le parent un sentiment de coopération et de responsabilité partagée (partenariat) dans la satisfaction d'un besoin ou la résolution d'un problème. La participation active du parent aux décisions qui le concerne, lui et son enfant, et le partage du fardeau des responsabilités entre lui et l'intervenant permet au parent de se sentir valorisé, important et égal.*
- 11. Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si l'intervenant encourage l'aidé à acquérir des habiletés/stratégies permettant de réduire le besoin d'aide future. Si l'intervenant cherche activement à rendre l'aidé plus compétent et plus autonome, quel que soit le type de soutien fourni, ce soutien est perçu plus favorablement par l'aidé. Cela constitue l'une des caractéristiques les plus importantes de la relation de soutien entre l'aidé et l'intervenant.*
- 12.. Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si l'aidé peut percevoir les améliorations dans sa situation et se percevoir lui-même comme étant le responsable des changements (sentiment de contrôle/maîtrise). C'est surtout cet aspect qui permet aux changements de durer.*

Les actions directes aux enfants

L'une des caractéristiques des programmes efficaces en négligence est qu'ils s'adressent à tous les membres de la famille (ACJQ, 2009), tant aux parents qu'aux enfants. Le PAPFC² répond à ce critère, notamment par la mise en place d'actions directes auprès des enfants.

- Les actions sociales visent à offrir aux enfants des lieux et des occasions enrichissantes de socialisation et de participation sociale à l'intérieur de la collectivité. Elles visent à soutenir les acteurs sociaux de la collectivité étant directement en contact avec les enfants dans l'encadrement et la prise en charge de ces derniers.

- Les actions éducatives visent à offrir aux enfants des milieux éducatifs stimulant à l'intérieur de la collectivité. Elles visent à soutenir les éducateurs de la collectivité dans l'encadrement et la prise en charge des enfants.
- Les actions cliniques visent à créer des expériences alternatives de développement spécifiquement adaptées aux besoins et difficultés des enfants et à créer des occasions qui permettent à ces derniers d'explorer et d'organiser les éléments de leur vie socioaffective (thérapie enfant parent, thérapie individuelle, orthophonie, etc.). Elles visent également à soutenir les intervenants de la collectivité dans l'encadrement et la prise en charge des enfants.

Une attention particulière doit être portée à la participation des figures parentales dans la planification et l'implantation de l'ensemble des actions directes envers les enfants à l'intérieur des collectivités sociales et institutionnelles. Cela permet ainsi au parent d'exercer sa fonction d'orchestration de la vie de son enfant.

Les activités cliniques complémentaires

Lorsqu'une intensité de services est requise en raison de l'ampleur de la situation ou des besoins, des activités complémentaires peuvent être offertes aux familles.

Les activités collectives

Les activités collectives comprennent deux volets. Le premier volet consiste en des groupes de parents. Le PAPFC² propose quatre modules offerts sur une période de 18 à 24 mois et couvrant les thèmes suivants :

- Les relations parent-enfant;
- Le parent en tant que parent;
- Les relations parent-environnement;
- Le parent en tant que personne.

Ces groupes sont coanimés par un intervenant du CSSS, du CJ ou d'un organisme communautaire.

Le second volet est composé d'activité familiale, développée pour les familles et en collaboration avec celles-ci. L'objectif de ces activités est d'offrir aux familles des situations sociales non saturées de la problématique de la négligence (Lacharité et coll., 2005).

Le soutien paraprofessionnel

À défaut de se répéter, il est approprié de rappeler le contexte d'isolement dans lequel vit la plupart des familles en situation de négligence ou à risque de négligence. Le soutien paraprofessionnel a notamment pour but de briser cet isolement. La mise en place d'une activité de pairage entre une famille vivant en contexte de négligence et un paraprofessionnel vise à offrir un soutien informel à la famille et à lui permettre de créer un lien significatif avec une personne de la communauté. Il est reconnu que le soutien social peut avoir un effet protecteur sur l'adaptation de la personne et que la perception du soutien reçu par la famille permet de prédire son bien-être (Duchesne, 2004). Cette forme de soutien contribue à répondre aux besoins des relations sociales stables et continues de ces familles vulnérables.

Les paraprofessionnels, bénévoles ou non, formés et supervisés, sont sous la responsabilité de l'organisme communautaire désigné. Ils sont recrutés, formés et supervisés par l'organisme, en collaboration avec le CSSS au besoin.

L'évaluation du PAPFC²

Les principales conclusions de l'évaluation d'implantation du programme (Lacharité, 2009) montrent l'importance d'une forte collaboration intersectorielle entre les services sociaux, les services communautaires et les services de protection de l'enfance, dans la mise en place d'actions institutionnelles auprès des familles ciblées. On y note les défis significatifs dans la transformation des pratiques professionnelles utilisées auprès des parents dans les situations de négligence. On constate également que l'implantation devrait s'échelonner sur une période de deux à trois ans afin de mettre en place l'ensemble des activités du programme et s'assurer une appropriation adéquate par les intervenants.

Au niveau de l'évaluation des effets, les résultats préliminaires soutiennent (Lacharité, 2009) :

- l'atteinte des objectifs inscrits dans les plans d'interventions et plans de services;
- une diminution significative de la récurrence des signalements en cours d'intervention.

Par ailleurs, une démarche ethnographique du bilan des processus et des acquis du PAPFC² par les agents d'un territoire donné conclue, entre autres, que (Lacharité, 2010) :

- le partenariat entre établissements et organismes est fort et s'appuie sur une compréhension commune du cadre de référence et des principes du programme;
- les activités de groupe de parents, les activités familiales et le soutien paraprofessionnel représentent les activités les plus fortement soutenues dans l'implantation et sont appliquées dans le sens des principes du programme;
- le taux de participation à ces activités est élevé et l'expérience qu'en ont les parents est qualifiée de positive. Il apparaît que les usagers évoluent dans le sens des objectifs du plan d'intervention;
- les intervenants les plus impliqués dans les structures de gestion du programme présentent un niveau d'appropriation plus élevé et plus homogène que ceux ayant peu participé à ces structures. Il s'agit généralement des intervenants responsables de l'analyse des besoins, du soutien professionnel individualisé et des actions directes auprès des enfants.

Le plan d'action ayant découlé de cette démarche d'évaluation a soulevé de nombreux défis dont :

- l'augmentation de l'intégration du programme à l'intérieur des processus cliniques utilisés dans chaque établissement;
- l'identification de besoins de formation des intervenants;
- la mise en place de structures de supervision cliniques alignées sur les principes du programme;
- la mise en place de procédures d'imputabilité face à l'adoption de pratiques ciblées par le programme.

En conclusion, le PAPFC² se veut une référence dans la pratique en négligence. Il soutient la nécessité de mettre en place un certain nombre de principes et d'activité sans pour autant

dénaturer ce qui se fait actuellement dans les milieux. Il s'agit en fait de moyens supplémentaires pour faciliter l'atteinte des objectifs dans un contexte d'interventions particulièrement exigeant pour les professionnels.

2.4 D'autres programmes

L'initiative Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES) (Chamberland, C. et coll., 2012) est un modèle de concertation inspiré de ce qui a été développé en Grande-Bretagne et qui s'appuie sur des données probantes. AIDES a pour mission de favoriser et de soutenir les démarches de collaboration entre l'ensemble des réseaux œuvrant auprès des enfants et de leur famille afin que collectivement, ils puissent agir simultanément et plus efficacement sur les causes à l'origine de la victimisation et de la criminalité. Ces causes sont enracinées dans une grande variété de facteurs de risque mettant souvent en péril le développement, la sécurité et l'avenir des enfants qui y sont exposés.

Plus spécifiquement, AIDES vise à :

- assurer la sécurité des enfants, favoriser leur développement optimal et contribuer à leur avenir;
- 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'interventions ainsi qu'au moment de prendre les décisions concernant l'enfant et la famille;
- 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;
- améliorer la capacité collective des communautés à contrer les nombreux facteurs menaçant la sécurité et le développement des enfants et qui augmentent considérablement leurs chances d'emprunter des parcours de victimisation, de délinquance et de criminalité.

L'initiative AIDES a également conduit au développement d'un outil d'évaluation des besoins de l'enfant, le Cahier d'analyse des besoins des enfants (CABE). Cet outil s'appuie sur le cadre de référence à l'analyse des besoins de développement de l'enfant présenté précédemment à la figure 3. Cette démarche permet aux différents partenaires d'analyser et de s'entendre sur les perceptions des besoins des enfants et de leur famille en intégrant une démarche participative du parent et de l'enfant s'il est suffisamment âgé.

Pour connaître d'autres programmes d'interventions en négligence, le Programme-cadre montréalais en négligence (Young, 2011) dresse une revue exhaustive de différents programmes appliqués au Québec ou ailleurs dans le monde. À titre d'exemple, on y retrouve une description des programmes suivants : le programme *Triple P*, développé en Australie, le programme *Effets des traumatismes relationnels chez les enfants* (ÉTRE), visant à contrer les traumatismes relationnels chez les enfants, les *SIPPE*, bien implantés dans les CSSS ou les programmes d'interventions en négligence développés au Québec, la plupart inspirés du PAPFC² tel que le *Réseau Parent'Aise* en Estrie, *l'Effet Papillon* au Saguenay-Lac-St-Jean ou le programme *Des*

racines et des ailes du Centre jeunesse de Montréal. L'ensemble de ces programmes et leurs effets méritent d'être pris en compte dans le développement d'un programme régional afin de mettre en lumière les ingrédients gagnants des pratiques en négligence.

2.5 Des initiatives régionales

Outre les programmes en négligence répertoriés, il importe de souligner certaines initiatives régionales, dont le programme **Concerto – Accueil du nouveau-né**.

Ce programme vise à favoriser un partenariat des professionnels et des parents afin de prendre la meilleure décision dans l'intérêt des enfants à naître. Dans les situations présentant un risque sérieux de privation de soins chez l'enfant, Concerto détermine les responsabilités spécifiques et conjointes des professionnels, à partir de trois scénarios possibles de référence aux différentes étapes du programme. Ce partenariat, novateur sur plusieurs aspects, propose aux intervenants de différentes organisations une nouvelle façon de travailler ensemble, lors de situations à haut risque, par le biais d'un plan de services préventif pendant la grossesse, lorsque possible (Dionne, 2011).

Par ailleurs, l'ensemble des CSSS de Chaudière-Appalaches et le CJCA utilisent l'approche relationnelle afin d'améliorer le lien d'attachement parent-enfant. Cette approche cible trois objectifs, soit (Tarabulsy et coll., 2008) :

- 1) Améliorer la compréhension des parents des comportements, des émotions et des signaux de leur enfant.
- 2) Apprendre à donner les soins appropriés dans le cas de préoccupations personnelles présentes et de difficultés passées.
- 3) Offrir un environnement interpersonnel qui encourage le développement émotionnel de l'enfant et les habiletés de régulation émotionnelle.

Les quatre composantes principales de cette intervention sont :

- 1) *Des activités interactives filmées et visionnées de façon rétroactive*. Des jeux parent-enfant, adaptés à l'âge de l'enfant, sont choisis en fonction des objectifs poursuivis. Ces activités sont filmées et utilisées pour l'observation et la discussion avec le parent. Tous les comportements de l'enfant et du parent sont soulignés et discutés de façon positive et encourageante lorsqu'ils sont prévisibles, cohérents et chaleureux pour l'enfant.

Si les comportements parentaux ne vont pas dans ce sens, le visionnement de la réaction de l'enfant permettra au parent de comprendre l'influence de son comportement sur son enfant. Le parent développe ainsi ses capacités d'évaluation de ses comportements en fonction des réponses de son enfant.

- 2) *Des visites à domiciles*. Les visites à domicile, dans un cadre clinique, sont utilisées pour encourager les parents à organiser et gérer les soins et leurs qualités dans leur environnement naturel (ex. : à la maison, il peut y avoir d'autres enfants et différentes tâches qui ne sont pas présentes lors de visites au CLSC).
- 3) *La formation et la supervision*. Pour appliquer cette intervention, une compréhension approfondie des principes d'attachement et du développement de l'enfant est requise, en plus d'une excellente qualité d'observateur de la relation parent-enfant. Un suivi clinique à partir

des exemples vidéo des intervenants est nécessaire pour s'assurer de l'appropriation de l'approche.

- 4) *La relation de confiance avec les parents.* Particulièrement auprès des familles vulnérables, le développement d'une relation de confiance intervenant-parent (ex. : démontrer du soutien, aider à diminuer le stress parental) est nécessaire pour l'efficacité de l'intervention. Cette relation de confiance permet une transparence qui est nécessaire afin que les parents abordent ouvertement les enjeux liés aux émotions et aux comportements des enfants.

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, l'implantation de cette intervention a été réalisée dans l'ensemble des CSSS et une formation de même que des séances de supervision ont été offertes aux équipes utilisant l'approche.



LE PROGRAMME CADOE



3. LE PROGRAMME CADOE

Le modèle d'organisation des services du programme FCE et le PAPFC² se traduisent dans la région de la Chaudière-Appalaches sous le nom du Programme CADOE. À travers ce continuum de services, nous intégrons les valeurs propres au milieu, les initiatives régionales reconnues efficaces auprès des familles vulnérables et nous tenons compte de la diversité des communautés de la région.

Le Programme CADOE a pour but de contribuer à la prévention de la négligence et de ses impacts chez les enfants, et ce, conformément à la responsabilité populationnelle dévolue aux CSSS. Ce programme se veut une réponse organisée des CSSS dans le cadre d'une intervention structurée aux besoins des familles à haut risque de négligence et négligentes de leur territoire, conjointement avec le CJCA, les organismes communautaires et leurs partenaires intersectoriels. Pour se faire, les CSSS ont pour mandat (IPCDC, 2010) :

- de rendre accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés ou non exprimés de la population;
- d'agir en amont sur les déterminants de la santé.

De plus, ce programme s'inscrit dans la visée partagée des directeurs de la protection de la jeunesse du Québec selon laquelle il est de la responsabilité de l'ensemble des membres de la collectivité de soutenir les parents et de contribuer à la protection des enfants (ACJQ, 2012).

Le Programme CADOE a de multiples cibles. De façon globale, l'ensemble des enfants âgés de 0 à 12 ans et leur famille de la région de la Chaudière-Appalaches sont visés par les actions en amont de la problématique de la négligence (activités de promotion et de prévention). Il n'est pas nécessairement requis de créer de nouveaux services mais bien de soutenir l'arrimage entre les services et les programmes déjà existants au sein d'une communauté, entre les établissements, les équipes d'intervenants et les organisations. Il encourage les initiatives de concertation visant le développement optimal des enfants.

En couvrant l'ensemble du continuum de services, le Programme CADOE permet, dans un premier temps, de soutenir les actions en promotion et en prévention et de repérer précocement les familles en contexte de négligence ou à risque de l'être. Pensons ici aux SIPPE, aux divers groupes de développements des habiletés parentales, entre autres, offerts dans les organismes communautaires, au travail de rue, etc. Dans un deuxième temps, par l'application du PAPFC², le Programme CADOE permet de procéder à l'évaluation rigoureuse des situations à risque de négligence et celles où le phénomène est déjà installé et de structurer l'intervention dans le cadre légal de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) ou de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).

Ce continuum ne peut se réaliser que par l'intégration des services visés par la réforme de la santé et des services sociaux (Breton et coll., 2008). Cette intégration implique que les établissements et organisations, engagés dans la promotion, la prévention, l'intervention ou la protection du bien-être des enfants et de leur famille, **s'associent de manière à agir ensemble de façon continue, cohérente et complémentaire** afin de compenser les lacunes des réseaux basés sur des missions partielles et exclusives (Pinard, 2005). Cela permet d'éliminer les interventions en silo et d'opter pour un modèle transversal, centré sur une vision commune des besoins des enfants et de

leur famille. Cette intégration des services doit s'actualiser entre les organisations mais également entre les divers secteurs d'activité d'un même établissement. Il s'agit en fait de structurer les actions de **chaque professionnel impliqué dans l'écosystème de l'enfant** afin qu'un filet de sécurité soit mis en place le temps nécessaire pour assurer la poursuite du développement optimal de l'enfant.

Outre les CSSS et le CJCA, les établissements suivants doivent être impliqués dans le cadre de l'implantation et de l'actualisation du Programme CADOE :

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches
- Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches
- Centre de réadaptation en dépendances de Chaudière-Appalaches
- Écoles et commissions scolaires
- Centres de la petite enfance (CPE) et services de garde
- Organismes communautaires
- Centres locaux d'emploi
- Médecins œuvrant en cabinet privé, à l'urgence, en groupe de médecine familiale, en CSSS et les médecins spécialisés
- Offices municipaux d'habitation
- Municipalités
- Corps policiers

Le guide clinique et de gestion contient une proposition sur le partage des responsabilités que ces établissements ou organisations pourraient assumer au regard de la négligence. Cette proposition doit faire l'objet de discussions au plan local ou régional selon le cas.

Dans le cadre d'une description détaillée des services offerts dans une communauté locale, il est possible d'utiliser la classification de services, illustrée dans le tableau 3, afin de dresser un portrait des types de services offerts et d'identifier ceux à développer.

**Tableau 3
Les interventions recommandées en négligence⁴**

Soutien concret	Soutien social	Développement	Aspect cognitif/ comportemental	Individuel	Système familial
<ul style="list-style-type: none"> • Aide au logement • Aide financière pour nourriture et autres • Transport • Vêtements/articles domestiques • Accès/ressources communautaires • Aide pratique pour accroître la sécurité et la salubrité du logement • Frais de santé • Accès au répit et à la garderie 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien individuel • Mise en lien activités/locales • Mentorat • Groupes de soutien • Entraide de quartier • Maillage communautaire • Programmes récréatifs • Activités culturelles et autres 	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie enfant • Soutien des compétences parentales • Visites axées sur les besoins de développement • Aide par les pairs • Mentorat visant la stimulation et l'enrichissement scolaire/culturel • Mise en présence de modèles de rôles 	<ul style="list-style-type: none"> • Entraînement aux habiletés sociales • Amélioration des habiletés de communication • Conseils pour la gestion domestique • Counseling individuel ou de groupe • Aide/soutien aux capacités parentales • Aide à l'employabilité • Counseling financier • Entraînement à la résolution de problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Services internes ou externes de désintoxication ou d'aide en dépendance • Counseling et soins de santé mentale • Intervention de crise • Gestion du stress • Thérapie par le jeu 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions à domicile centrées sur le counseling familial en regard de la communication de la gestion domestique et des rôles et responsabilités • Renforcement des forces familiales • Soutien des comportements positifs • Amélioration des dynamiques et interactions familiales

3.1 Les buts et objectifs du Programme CADOE

Les buts et objectifs sont tirés ou inspirés du programme FCE (Pinard, 2005), du programme l'EnTrain (Michaud et Tremblay, 2011) et de la fiche 4 de l'offre de service ministérielle 2007-2012 (MSSS, 2007). **Il est toutefois nécessaire de considérer les buts et objectifs directement reliés au PAPFC² présentés à l'annexe 3.**

Les buts généraux du Programme CADOE

- Que les enfants âgés de 0 à 12 ans se développent de façon optimale.
- Que les enfants vivent auprès et côtoient régulièrement des adultes qui sont en mesure de porter attention et de répondre adéquatement à leurs besoins (en fonction de leur âge et de toutes autres caractéristiques personnelles).
- Que les parents développent des compétences parentales afin de permettre le maintien de l'enfant dans son milieu naturel.
- Que les adultes de l'entourage des enfants s'entendent sur le partage des responsabilités qu'ils ont à leur égard et collaborent ensemble pour assurer leur bien-être leur développement optimal.

⁴ Tiré de l'ACJQ, 2009. Cadre de référence en matière de négligence et Adapté de D. DePanfilis, *Child Neglect : A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*, Washington, 2006, Children's Bureau et al.

Les objectifs organisationnels du programme

- Établir un partenariat entre les organismes institutionnels et communautaires afin d'assurer la continuité des services en fonction des besoins des familles et de partager les responsabilités en matière de négligence.
- Développer une approche clinique intégrée en négligence regroupant des personnes ayant des formations diversifiées et provenant de différents milieux.
- Mettre en place un forum de partenaires en négligence, un lieu de partage des pratiques et des connaissances.
- S'appuyer sur la recherche continue de la qualité : accessibilité et continuité des services, interventions reconnues efficaces et pratiques de pointe, utilisation d'outils reconnus ou standardisés.
- Diminuer le recours au placement des enfants.

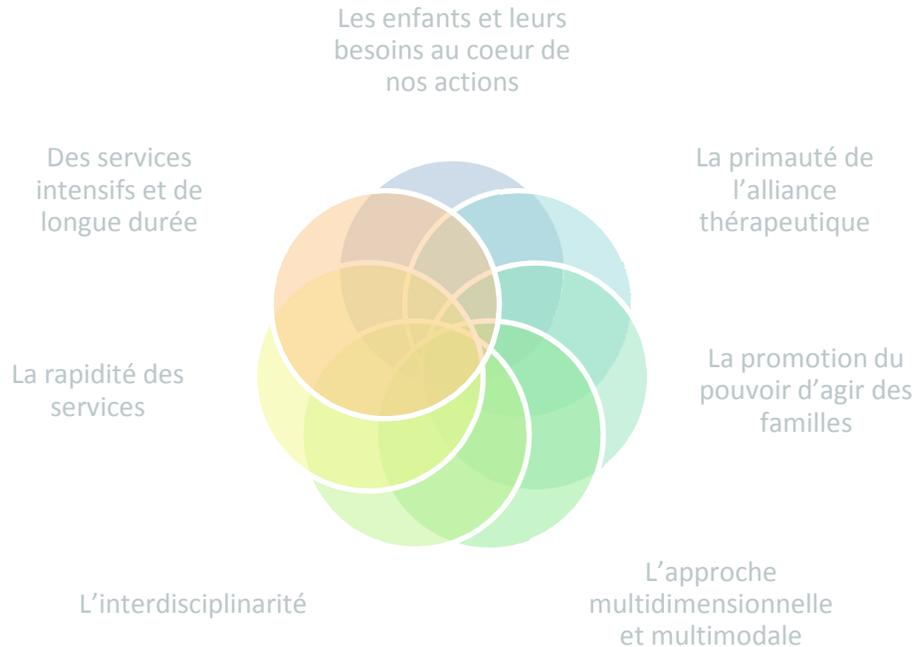
Les objectifs axés sur la clientèle

- Que les parents et les autres adultes significatifs de l'entourage de la famille collaborent à l'évaluation et à l'analyse des besoins des enfants.
- Que les enfants et les parents bénéficient des services suffisamment intenses, cohérents et continus correspondant aux besoins identifiés.
- Que les parents disposent d'un soutien individualisé axé sur le renforcement ou le développement de leurs compétences personnelles, parentales et sociales.
- Que les mères et pères améliorent et consolident leur disponibilité psychologique envers leurs enfants et adoptent des conduites responsables et sensibles au regard de leurs besoins.
- Que les enfants disposent d'un ensemble de services visant à soutenir leur développement global à l'intérieur de leurs divers milieux.
- Que les parents et les enfants fréquentent un ensemble de services leur permettant d'améliorer leur rapport à la collectivité sociale et institutionnelle.

3.2 Les principes de base et qualités du Programme CADOE, volet PAPFC²

Le Programme CADOE concorde avec les qualités des programmes efficaces en négligence (présentées à l'annexe 4) recensées dans le cadre de référence en matière de négligence de l'ACJQ (ACJQ, 2009) et s'appuie sur des principes de base établis pour maximiser les résultats de l'intervention en négligence (ACJQ, 2009; Bédard, 1999; Lacharité et coll., 2005; Éthier et coll., 2006; Éthier et coll., 1998; Young, 2011; CLIPP, 1998; Guay, 2009). Ces principes, illustrés à la figure 4, adressent aux dirigeants et aux équipes mobilisés dans l'application du programme, le sens clinique qui est envisagé régionalement.

Figure 4
Les principes de base du Programme CADOE, volet PAPFC²



Les enfants et leurs besoins au cœur de nos actions

Le premier principe à respecter est sans aucun doute celui de placer les enfants au cœur de nos réflexions, de nos démarches et de nos interventions. Ainsi, le cadre d'analyse écosystémique des besoins de l'enfant (Ward et Rose, 2002) préconisé, entre autres, dans le PAPFC², situe l'enfant au cœur de l'évaluation et par conséquent, au cœur de l'intervention. L'adhésion à ce principe et l'intégration de pratiques prometteuses allant en ce sens permettent de replacer l'enfant avec ses forces et ses vulnérabilités au centre des préoccupations des adultes qui l'entourent.

La primauté de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique repose sur la relation de confiance entre le thérapeute et son client et sur l'entente mutuelle sur les buts et tâches du traitement. Il est reconnu que l'alliance thérapeutique est un facteur déterminant dans l'efficacité des interventions, indépendamment de la clientèle et de l'approche théorique utilisée (Martin, Garske et Davis, 2000, Guay 2009). La création d'une alliance thérapeutique, perçue positivement par les membres des familles en situation de négligence ou à risque de négligence, représente un défi majeur pour les intervenants (Lacharité, 2012; Bédard, 1999; Guay, 2009). Cette alliance est néanmoins cruciale et l'identification des contraintes et des facteurs favorisant cette alliance doivent être pris en compte, par exemple : le respect de la confidentialité et la nature des échanges entre professionnels peuvent rapidement devenir un enjeu important au maintien de cette relation de confiance. Des procédures strictes doivent être établies en ce sens.

La promotion du pouvoir d'agir des familles

Miser sur les forces des familles, sur leurs capacités à trouver des solutions et à les mettre en place, susciter l'empowerment, faciliter la participation des parents et des enfants au suivi, les impliquer à chacune des étapes, rappeler les droits des enfants et des parents, sont des actions qui favorisent le pouvoir d'agir des familles (Lemay, 2007; Lemay, 2009; Martin & Boyer, 1995). Ce principe pose un défi supplémentaire dans le contexte d'intervention en autorité et un soutien pour y parvenir est indispensable.

L'approche multidimensionnelle

L'approche multidimensionnelle implique une connaissance approfondie du phénomène de la négligence et s'appuie sur l'évaluation et l'analyse des caractéristiques personnelles, familiales et environnementales des enfants et des systèmes qui les entourent. Une revue de l'ensemble des facteurs de risque tout comme des facteurs de protection est capitale. Des pistes d'interventions sont ensuite proposées ainsi que des priorités d'action portant sur différentes cibles ayant trait aux besoins de l'enfant selon l'analyse participative des besoins.

L'approche multimodale

Une intervention multimodale réfère à l'application de divers moyens d'interventions, d'activité et de lieux d'interventions. Dans le cadre du Programme CADOE, à travers l'ensemble du continuum de services, diverses modalités d'interventions seront mises à profit. Il peut s'agir d'activité universelle, s'adressant à un vaste public, ou d'interventions sélectives, soit individuelles, familiales, de couple, de groupes ou autres. Il peut également s'agir d'interventions à domicile ou dans un organisme communautaire, d'accompagnement visant à recevoir un soutien concret, d'accompagnement dans une démarche ou vers un autre service, etc. Les services offerts s'ajustent ainsi aux besoins des familles et à leurs ressources.

La force d'une équipe : l'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité implique une intégration des différents savoirs de plusieurs professions. Une équipe interdisciplinaire est un partenariat entre les divers professionnels où les actions de chacun seront posées dans le but ultime de répondre aux besoins de l'enfant et sa famille. Il ne s'agit pas ici d'additionner un nombre d'expertises différentes mais bien de les harmoniser afin de maximiser la collaboration et la coordination des interventions. « Le travail en équipe interdisciplinaire exige une certaine polyvalence de la part des professionnels : cette transdisciplinarité ne signifie pas l'abolition des frontières professionnelles, mais suppose plutôt que, tout en exerçant son métier, on soit capable de faire sienne la problématique d'une autre discipline et d'accomplir une partie des tâches qui y sont rattachées parce que la situation l'exige (Poupart et coll., 1986, dans Martin et Boyer, 1995). »

L'interdisciplinarité implique également une concertation appuyée sur de solides mécanismes de communication. L'intervenant pivot doit assurer la mobilisation de chacun des acteurs afin que l'ensemble des actions soit concerté et converge vers le développement optimal de l'enfant.

La rapidité des services

Compte tenu de la fragilité de la mobilisation des familles vivant une situation de négligence, il est impératif d'amorcer rapidement le contact avec la famille qui accepte de recevoir des services dans le cadre du Programme CADOE. Le MSSS, dans le cadre de l'offre de service du programme

Jeunes en difficulté, statue que l'intervenant établit un premier contact avec l'enfant (lorsque celui-ci est en âge de bien comprendre) et ses parents dans un délai n'excédant pas sept jours suivant la demande de service. Le suivi dans le cadre du programme débute dans un délai n'excédant pas 30 jours suivants la demande de service (MSSS, 2007).

Des services intensifs et de longue durée

L'intensité est reconnue comme étant un facteur indispensable dans l'intervention auprès des familles vulnérables (Éthier et coll., 1998; CLIPP, 2008; Young, 2011). Cette intensité doit s'inscrire dans le plan d'intervention (PI) et être offerte tant et aussi longtemps que l'évaluation de l'intervenant pivot le recommande. Elle est partagée par les divers intervenants des établissements directement engagés dans le plan de services individualisé (PSI) ou le plan de services individualisé intersectoriel (PSII). Les orientations ministérielles préconisent que les intervenants assurent une intensité d'une à deux interventions par semaine. Le Ministère recommande également une intervention de longue durée se situant autour de deux ans. Il est en effet reconnu que les services d'un programme d'intervention en négligence doivent s'offrir sur une période de 18 à 30 mois pour que les actions soient efficaces et que les résultats perdurent (ACJQ, 2009, Éthier et coll., 1998; CLIPP, 2008).

3.3 L'accessibilité au Programme CADOE, volet PAPFC²

3.3.1 La clientèle

Dans le cadre du PAPFC², la clientèle cible est celle des enfants âgés de 0 à 12 ans et leurs principales figures parentales, dont le développement ou la sécurité sont considérés comme étant préoccupants, voire compromis en raison du fait que leurs figures parentales éprouvent des difficultés significatives à remplir les responsabilités attendues d'elles sur le plan physique, éducatif et/ou affectif. De plus, l'orientation quant au projet de vie de l'enfant doit être le maintien ou le retour dans son milieu familial (Lacharité et coll., 2005).

3.3.2 L'arrimage avec les autres programmes-clientèles

Les enfants présentant des problèmes de santé physique, une déficience intellectuelle ou physique et les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme font partie intégrante de la clientèle cible. Des études soutiennent d'ailleurs que les enfants présentant des déficiences physiques ou intellectuelles sont négligés dans une plus grande proportion que les enfants sans ces difficultés (Brown et Fudge Schormans, 2004). L'arrimage entre les dispensateurs des différents programmes-clientèles, de 1^{re} ligne comme de 2^e ligne devient donc nécessaire.

De plus, les intervenants dédiés aux services aux adultes (santé mentale, dépendances, etc.) doivent être mis à contribution, notamment pour l'axe identification précoce du programme. Concrètement, les équipes œuvrant auprès des adultes doivent être rencontrées pour convenir avec les intervenants des moyens à mettre en place pour s'assurer que les enfants de leurs clients poursuivent leur développement malgré les difficultés vécues par leurs parents. Pensons à un suivi individuel auprès d'un parent présentant un problème de santé mentale dans le cadre des services aux adultes. Bien que ce parent puisse décider de cesser son suivi aux services aux adultes sans que cela ne lui porte préjudice, une évaluation du risque de négligence envers son enfant doit être réalisée par l'intervenant. Ainsi, dans une situation où un certain nombre de facteurs de risque pouvant conduire à la négligence envers son enfant sont présents, ce parent doit faire l'objet d'une

relance systématique de la part des services aux adultes, de 1^{re} ou 2^e ligne, et des actions concrètes doivent être entreprises pour s'assurer de la poursuite du développement optimal de l'enfant et de sa sécurité.

3.3.3. La nécessaire place des pères ou des conjoints des mères

La place des pères doit être une préoccupation constante. Ces hommes, souvent mis de côté, tant dans la compréhension du phénomène que dans la recherche de solutions, doivent être mis à contribution et être considérés (Lacharité et coll., 2006).

Les hommes dans les familles où il existe de la négligence chronique seraient beaucoup plus présents que ne laissent croire les statistiques. Dans les faits, au moins 75 % des enfants négligés vivent ou ont des contacts réguliers avec au moins une figure paternelle (père biologique ou conjoint régulier de la mère). De plus, près des deux tiers (64 %) des hommes faisant partie des familles qui reçoivent des services en raison de situations de négligence chronique vivent ou ont des contacts réguliers avec trois enfants ou plus. Ces hommes se retrouvent souvent dans des contextes familiaux où ils doivent composer avec une réalité où ils deviennent des figures parentales pour d'autres enfants (Lacharité et coll., 2005, p. 47-48).

Considérant la grande influence des pères et conjoints auprès des mères et des enfants, des efforts soutenus doivent être mis en place pour rejoindre ces hommes souvent eux-mêmes négligés dans les services.

3.3.4 L'aide à la fratrie

L'offre de service ne se limite pas à l'enfant et à ses figures parentales. Il est en effet convenu d'offrir des services à l'ensemble de la fratrie, biologique ou non, des enfants directement impliqués dans le programme. Les autres enfants, adolescents et les jeunes adultes vivant dans la famille doivent aussi avoir la possibilité de recevoir rapidement un soutien si nécessaire. En effet, même si ces enfants ou jeunes ne sont pas victimes de négligence, ils en sont témoins et subissent le climat qui prévaut dans la famille (Éthier, 1999).

3.3.5 Les critères d'accès au volet PAPFC²

Une grille sur les critères d'accessibilité au Programme CADOE, volet PAPFC² est disponible dans le guide clinique et de gestion. L'intervenant pivot, responsable du suivi de la famille, complète cette grille et la présente au comité de coordination clinique.

Les critères d'accès aux Programme CADOE, volet PAPFC² sont :

- L'enfant, âgé entre 0 et 12 ans, vit dans sa famille ou dans un milieu substitut et l'orientation est le maintien ou le retour dans sa famille;
- La sécurité et le développement de l'enfant ou des enfants sont considérés préoccupants ou compromis (négligence périodique et récurrente, voir tableau 1);
- Il y a présence de facteurs de risque associés à la négligence;
- Le ou les parents acceptent de participer aux activités du programme.

Soulignons l'intérêt d'inscrire des familles qui ne sont pas considérées comme étant négligentes ou à haut risque de négligence mais chez qui le cumul de facteurs de risque peut présenter une

certaine menace quant à une diminution des réponses adéquates des parents aux besoins de l'enfant.

Les critères supplémentaires pour l'accès aux activités complémentaires (activités collectives – groupes de parents et activités familiales et soutien paraprofessionnel) sont :

- Malgré les services offerts dans le cadre du programme d'intervention en négligence, la sécurité et le développement des enfants demeurent préoccupants ou compromis et/ou la situation requiert une intensité de services;
- Le parent a entrepris une démarche afin de stabiliser sa situation, notamment lors de la présence d'un problème de santé mentale, de toxicomanie ou de jeu pathologique;
- Le parent présente les aptitudes pour participer au groupe;
- Le parent accepte de participer aux activités du programme.

Tel que prévu dans le PAPFC², le soutien individuel ainsi que des activités directes à l'enfant sont maintenus pendant la période où le parent bénéficie des activités complémentaires.

Les critères d'accès sont en tout temps appuyés par le jugement clinique du professionnel afin d'orienter adéquatement la famille vers le meilleur service.

3.3.6 L'engagement des parents et le consentement à échanger l'information

Chaque établissement et organisme sont responsables de s'assurer du consentement libre et éclairé des parents à son adhésion au programme. Cet engagement peut être verbal ou écrit et doit respecter en tout temps les droits des individus de même que les obligations professionnelles des intervenants.

Un document explicatif du programme dans sa version locale, s'adressant aux familles, est un outil à privilégier pour rendre compte de l'ensemble des services et approches disponibles. Mentionnons que les parents peuvent opter pour une partie seulement des activités proposées sans que le programme leur soit refusé.

Le consentement à échanger de l'information, entre établissements, est un élément essentiel au travail intersectoriel. Les intervenants doivent donc parfois composer avec les résistances de certains parents à consentir à ces échanges et à la nécessité de collaborer avec les partenaires. Une réflexion sur les meilleures pratiques en ce sens doit être réalisée.

3.4 Le processus clinique du volet PAPFC²

Le processus clinique repose essentiellement sur les activités du PAPFC² présentées sommairement au chapitre 2. Les professionnels et gestionnaires doivent se référer au Guide de programmes du PAPFC² afin de s'approprier adéquatement le modèle théorique et la nature des activités qui y sont prévues. Dans un souci d'implantation rigoureuse, l'actualisation de l'ensemble des activités du programme est incontournable si l'on souhaite atteindre les objectifs visés. Il est possible de proposer des adaptations locales à ces activités, mais il est nécessaire de conserver l'essence du PAPFC² et de favoriser l'adhésion des professionnels à la théorie du programme.

Compte tenu que l'offre de service s'échelonne sur une période de longue durée, une hiérarchisation des services offerts s'impose tout en ayant le souci que les interventions soient pertinentes et perçues comme tel pour la famille. Afin de planifier la gradation des services offerts

aux familles, quatre axes d'interventions sont suggérés (réf. : tableau 4). Ces axes couvrent l'ensemble des activités préconisées par le PAPFC². L'annexe 5 illustre diverses interventions possibles à travers ces axes et tiennent compte des types d'interventions recommandées en négligence présentée précédemment.

Tableau 4
Les axes d'intervention du Programme CADOE⁵

Axe I	Axe II	Axe III	Axe IV
S'assurer que les conditions de vie sont en place pour répondre aux besoins de base de l'enfant.	Assurer la poursuite ou la reprise du développement de l'enfant et le développement de la capacité au parent à répondre aux besoins de l'enfant.	Assurer l'amélioration de l'état psychologique des parents.	Favoriser l'intégration des parents et des enfants à la communauté.

3.5 La trajectoire de services

Dans la trajectoire de services, présentée à la figure 5, les partenaires du milieu occupent une place prépondérante, tant en amont, au niveau de la promotion et de la prévention que dans le cadre même du programme d'intervention et des services de protection (réf. : figure 5, volet PAPFC²).

Les activités de promotion et de prévention, de même que l'identification précoce des situations de négligence, demeurent à l'avant-plan et doivent constituer une préoccupation constante chez l'ensemble des acteurs agissant auprès des familles vulnérables, que ce soit par des activités de lutte à la pauvreté, par le développement d'environnements favorables, par l'adoption de politiques familiales novatrices, par la sensibilisation des professionnels et acteurs auprès des familles à la négligence, par la mise en place de trajectoires de services efficaces, etc.

L'orientation des familles vers le volet PAPFC² du Programme CADOE ne peut se faire sans la collaboration des partenaires. Lorsqu'une famille semble correspondre aux critères d'accès, trois voies lui permettent d'accéder aux services du volet PAPFC² :

- 1) Par l'entremise de l'équipe Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ) du CSSS;
- 2) Par l'entremise de l'équipe à l'application des mesures du CJ;
- 3) Par l'entremise d'un organisme communautaire désigné.

Il est souhaitable que, dans les situations où les familles à risque de négligence sont repérées, des accès directs au programme Jeunes en difficultés de l'équipe FEJ soient mis en place. C'est le cas notamment des médecins et des organismes à vocation régionale ainsi que des organismes communautaires ciblés par le milieu.

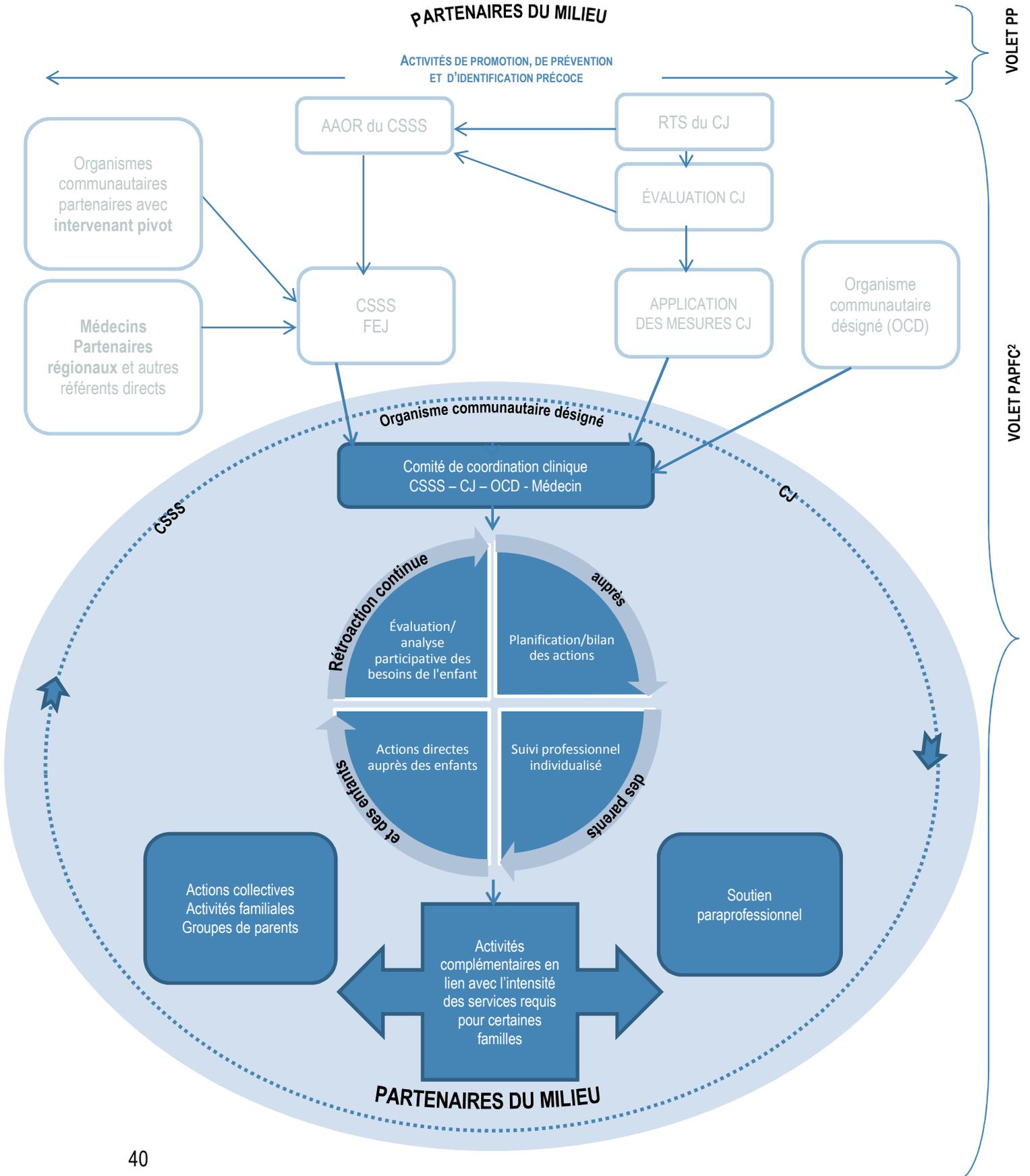
Considérant l'importance de l'alliance thérapeutique, l'intervenant pivot, responsable du suivi de la famille est, dans la mesure du possible, désigné par le parent⁶. Il s'agit généralement d'un intervenant connu et perçu comme étant « bienfaisant » pour la famille. Ainsi, le parent peut désigner un intervenant d'un établissement ou organisme quelconque pour assumer la fonction

⁵ Inspiré du programme L'Entrain (Michaud et Tremblay, 2011).

⁶ Cette avenue demeure à la discrétion des gestionnaires et s'applique essentiellement dans un contexte d'intervention en LSSS.

d'intervenant pivot. Il est de la responsabilité de l'intervenant et de ses supérieurs de juger de ses propres habiletés à assumer une telle fonction dans le cadre du Programme CADOE, volet PAPFC². Le chapitre 4 détaille les fonctions de l'intervenant pivot.

Figure 5
La trajectoire de services Programme CADOE
PARTENAIRES DU MILIEU



3.6 Les outils cliniques

3.6.1 Les outils d'évaluation

Le cadre d'analyse écosystémique des besoins de l'enfant est un support à privilégier lors des premières étapes de la démarche d'analyse et de celles de la démarche de réévaluation. Par ailleurs, l'utilisation d'outils d'évaluation possédant des qualités psychométriques satisfaisantes est fortement recommandée compte tenu du caractère multidimensionnel de la négligence. La pratique actuelle en Chaudière-Appalaches et les récents travaux portant sur l'inventaire des outils cliniques en négligence (Turcotte, G., Pilote, C. et coll., 2012) nous ont amenés à choisir les outils d'évaluation présentés dans le tableau 5. Il est à noter que ces outils doivent être utilisés dans une perspective d'apport clinique et non comme une prescription obligatoire.

Tableau 5
Les outils d'évaluation

Type d'outils	Nom de l'outil	Objectif	Utilisation
Échelle de mesure de la négligence.	Index de négligence (Trocmé).	Catégoriser la négligence ainsi que sa sévérité.	Ne nécessite pas de formation. À utiliser en complément de la grille d'accès au programme.
Outil d'évaluation multifactorielle.	Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer) <i>Le CJCA a bonifié l'outil pour qu'il puisse être utilisé pour les enfants de tout âge.</i>	Structurer l'observation et identifier les forces et les limites des parents dans le but de mieux cibler les zones d'intervention à prioriser.	Utilisation systématique au CJCA.
	Outils dérivés du cadre d'analyse commun des besoins de développement de l'enfant dont le Cahier d'analyse et des besoins de l'enfant (CABE).	Identifier les besoins comblés de l'enfant, les besoins à combler, les ressources et les difficultés des figures parentales en lien avec la réponse aux besoins de l'enfant, ainsi que les services de la communauté et des établissements en place ou à mettre en place. Il vise à élaborer un PI ou un PSI. Il s'agit avant tout d'une démarche pour soutenir l'analyse des besoins de l'enfant.	Nécessite une formation sur le cadre d'analyse des besoins de l'enfant et sur les outils dérivés. Disponible à l'hiver 2014.
Outils d'évaluation des conduites parentales.	Indice de stress parental.	Évaluer le stress vécu par le parent à partir de la perception qu'il a des situations dans lesquelles il exerce son rôle parental.	Au besoin.
Outils d'évaluation de l'environnement social et familial.	Inventaire de soutien social et familial (ISSF).	Évaluer la présence et la qualité du réseau social.	Au besoin.
	Questionnaire d'évaluation familiale (<i>Family Assessment Device</i>).	Évaluer le fonctionnement familial au regard de sept dimensions et dépister les familles dont le fonctionnement familial est inadéquat.	Au besoin.
Outil d'évaluation du développement et des comportements de l'enfant.	Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED).	Dépister les retards de développement des enfants âgés de 0 à 5 ans aux niveaux moteur, langagier, socioaffectif et cognitif.	Parfois utilisé dans les CSSS et au CJCA. Nécessite une formation. À utiliser si des retards de développement sont suspectés.
	Questionnaire sur les étapes de développement (<i>Ages and Stages Questionnaires – ASQ</i>).	Dépister des retards de développement.	Utilisé dans quelques CSSS. Ne nécessite pas de formation. Très succinct et simple à utiliser.

Type d'outils	Nom de l'outil	Objectif	Utilisation
	<i>Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA).</i>	Évaluer 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.	Utilisé dans un CSSS. Nécessite une formation initiale en psychométrie pour l'interprétation. Une formation supplémentaire pour l'utilisation spécifique de l'outil est requise.

Certaines conditions sont requises afin de favoriser l'utilisation optimale des outils d'évaluation auprès de familles vulnérables (Turcotte, Pilote et coll., 2012) :

- La mise en place de formation continue et de supervision clinique systématique et régulière;
- La mise en place des mécanismes de suivi de la qualité;
- L'adhésion et l'engagement des intervenants à l'égard des outils;
- L'adaptation des modes d'organisation du travail;
- L'inscription du choix des outils dans un processus clinique intégré, un programme ou une politique;
- La participation des parents;
- La présence des ressources nécessaires.

3.6.2 Les outils de planification et de suivis

La planification et le suivi des interventions en négligence méritent une attention particulière, compte tenu de la complexité des situations dans lesquelles les intervenants sont appelés à intervenir. Un soutien quant à l'utilisation optimale de ces outils doit, ici aussi, être offert. À titre d'exemple, un intervenant pivot n'ayant jamais coordonné de PSI en situation de négligence doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement au besoin. Quant à la fréquence des révisions des PSI-PSII, il est convenu d'une révision aux six mois pour les enfants vivant dans leur milieu naturel et de trois mois pour les enfants vivant en milieu substitut. Le tableau 6 présente les outils de planification et de suivis recommandés.

Tableau 6
Les outils de planification et de suivis

Outils de planification et de suivis	Intervenant responsable
Plan d'intervention.	Chaque intervenant impliqué dans le cadre du programme.
Plan d'intervention interdisciplinaire.	Chaque équipe d'intervenants d'un même établissement.
Plan de services individualisé.	Intervenant pivot.
Plan de services individualisé intersectoriel.	Intervenant pivot.

La planification des services se réalise en deux temps. Premièrement, le comité de coordination clinique soutient les intervenants quant à l'orientation des services selon les données préliminaires concernant l'enfant et sa famille. Cette discussion interdisciplinaire permet également de structurer la démarche des intervenants et l'organisation des services selon le cadre du PAPFC². La famille doit consentir, de manière éclairée, à la tenue de cet échange clinique et doit être mise au courant de ce qui y aura été discuté. Deuxièmement, l'intervenant pivot procède à l'analyse participative avec le(s) parent(s) et l'enfant (selon son développement). La participation du parent et de l'enfant

à cette analyse est incontournable dans un contexte de négligence et des moyens doivent être mis en place pour soutenir les intervenants dans l’appropriation de cette approche. L’intervenant pivot procède par la suite à la mise en place de l’offre de service pour répondre aux besoins de l’enfant et sa famille au moyen des PSI-PSII. L’absence de PSI-PSII devrait être exceptionnelle et des actions pour les mettre en place sont à prioriser. En effet, outre l’obligation légale d’établir un PI en collaboration avec les parents et, lorsque possible, avec les enfants (LSSS, LPJ), un PSI ou PSII devient une nécessité dans le cadre du Programme CADOE, volet PAPFC². La concertation des interventions avec l’ensemble des partenaires et acteurs présents dans la vie de l’enfant et de sa famille, est déterminante des réussites en situation de négligence ou de risque de négligence (ACJQ, 2009, Éthier et coll., 1998, Lacharité et coll., 2005).

3.6.3 Les outils d’interventions

De nombreux outils et programmes peuvent appuyer l’intervention en négligence. En Chaudière-Appalaches, l’outil privilégié est le Guide de programmes du PAPFC². En tenant compte des objectifs des PI, des PSI et des PSII des familles, les intervenants ont l’opportunité d’utiliser divers outils d’interventions dont une liste non exhaustive, parmi les plus pertinents est présentée au tableau 7.

Tableau 7
Les outils d’interventions

Nom de l’outil	Clientèle	Description
Guide pour soutenir le développement de l’attachement sécurisant de la grossesse à 1 an.	Parents d’enfants âgés de 0 à 1 an.	Guide pour consolider et soutenir le développement de comportements parentaux reliés à un attachement sécurisant de l’enfant.
Guide d’interventions pour soutenir les pratiques parentales.	Parents d’enfants âgés de 1 à 5 ans.	Guide d’interventions visant le développement optimal des enfants âgés de 1 à 5 ans ayant pour cible principale les pratiques parentales favorables au développement de l’enfant.
Jeux d’enfants « Apprendre avec toi. »	Parents d’enfants âgés de 0 à 5 ans et éducatrices.	Programme qui consiste à mettre en pratique des activités pédagogiques visant à aider les intervenants et les parents à optimiser le développement des enfants. Ces activités ludiques s’adaptent facilement au quotidien autant des services de garde éducatifs que des familles.
Brigance : Stratégies et pratiques.	Enfants âgés de 0 à 7 ans.	Stratégies d’apprentissage pour développer ou renforcer les habiletés de base de l’enfant entre 0 et 7 ans. Dans chacune des 31 sections, on trouve : renseignements sur une habileté en particulier, recommandations sur la façon d’aborder cette section, les raisons ou les causes des difficultés d’apprentissage liées à cette habileté et des suggestions pour y remédier, des stratégies d’apprentissage, des activités d’enrichissement, etc. Les activités d’apprentissage sont présentées en ordre croissant de difficultés et visent l’individu, le petit groupe ou la classe entière. On peut ainsi choisir les activités répondant aux besoins de l’élève, à son style d’apprentissage, ainsi qu’au mode d’enseignement de l’enseignant (le programme est présenté exclusivement ou presque pour son utilisation en milieu scolaire alors qu’il est aussi destiné aux enfants d’âge préscolaire.) Mettre une courte description lorsqu’utilisé en préscolaire.
La trousse « Moi, comme parent. »	Parents d’enfants âgés de 0 à 11 ans.	Outil de soutien à l’intervention auprès des parents d’enfants âgés de 0 à 11 ans. S’appuyant sur une approche qui valorise le point de vue et les forces des parents, la trousse « Moi, comme parent » vise à favoriser les échanges avec les parents et à enrichir les programmes de soutien aux familles.

Nom de l'outil	Clientèle	Description
Activités de lecture interactive – ALI.	Enfants âgés de 0 à 5 ans.	Programmes d'éveil à la lecture proposant une approche interactive de communication entre les enfants âgés de 0 à 5 ans et les adultes qui les entourent. Basés sur le respect du rythme de chaque enfant, les programmes ALI proposent une manière différente d'utiliser les livres et suggèrent des techniques et des activités qui favorisent le développement des habiletés cognitives, langagières et socioaffectives du jeune enfant(http://www.clipp.ca/produits-et-services/produits/trousse-programmes-d-activites-de-lecture-interactive-ali.html .)
Guides du programme d'aide à la lecture et l'écriture (PAELE) « De A à Z on s'aide! »	Les familles dont les enfants sont âgés de 0 à 4 ans.	Documents et affiches pour soutenir l'intervention de manière préventive et durable en matière d'éveil à la lecture et à l'écriture, et ce, auprès des familles et de leurs enfants.

3.7 La fin du suivi

Les orientations ministérielles en matière de négligence (MSSS, 2007) prévoient que des critères de fermeture de dossiers sont précisés, dans le cadre du programme d'intervention en négligence afin de s'assurer de l'atteinte des objectifs, ou du moins, de l'amélioration de la situation. Un rapport de fermeture du dossier est rédigé, reprenant les raisons de la prise en charge de la situation et présentant une description des résultats obtenus, une appréciation du risque au moyen d'un outil standardisé, les motifs et la date de fermeture. Le rapport de fermeture fait également état d'observations directes auprès de l'enfant. Des relances sont faites par l'intervenant pivot, trois mois après la fin du programme, de même que dans la période de trois à six mois suivant la fin du programme. Les modalités reliées à cette dernière étape demeurent à préciser au niveau régional.



L'ORGANISATION DES SERVICES EN NÉGLIGENCE



4. L'ORGANISATION DES SERVICES EN NÉGLIGENCE EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

4.1 Les établissements impliqués

L'implantation du Programme CADOE nécessite l'implication de trois partenaires principaux : le CSSS, le CJ et un organisme communautaire désigné.

Le **CSSS** a la responsabilité d'initier l'implantation du programme, en conformité avec les orientations ministérielles et régionales. Il met en place la concertation nécessaire, anime et mobilise les partenaires concernés dans sa communauté locale dans le cadre d'instances locales telles que le forum intersectoriel et le comité de coordination locale (les instances inhérentes au programme peuvent varier selon le territoire de CSSS). Il rédige l'entente de collaboration avec le CJ et l'organisme communautaire désigné, ainsi qu'avec tout autre partenaire jugé pertinent. L'entente de collaboration doit contenir la trajectoire de services, la description de la contribution de chacune des parties, la description du mécanisme de suivi du programme ainsi que toute autre information convenue entre les parties. Le CSSS soutient, selon les ressources dont il dispose, l'ensemble des partenaires afin d'optimiser le continuum des services en négligence. Pour le volet du PAPFC² du programme, il organise et anime le comité de coordination clinique.

Le **CJCA** procure déjà des services aux enfants et familles vivant en contexte de négligence. Le Programme CADOE bonifie l'offre de service déjà en place. Outre sa participation au comité de coordination locale et au comité de coordination clinique (les instances inhérentes au programme peuvent varier selon le territoire de CSSS), la collaboration du CJ peut prendre différentes formes : coanimation des groupes de parents (volet PAPFC²), coanimation du forum intersectoriel, recrutement des parents soutien (parmi les postulants de familles d'accueil qualifiés mais dont la candidature n'a pas été retenue), participation à la formation des parents soutien, collaboration aux frais de transport des parents participant aux groupes, etc.

Les **organismes communautaires - familles**, partenaires à part égale dans le Programme CADOE sont impliqués le plus tôt possible dans le processus d'implantation.

Le choix de ce partenaire suppose que le CSSS et le CJ connaissent déjà les organismes communautaires œuvrant auprès des familles. La sélection pourra être faite à partir, entre autres, des critères suivants :

- L'organisme intervient déjà auprès des familles vulnérables;
- L'organisme accepte de travailler au sein du comité de coordination locale;
- L'organisme compte un certain nombre de bénévoles;
- L'organisme a accès à du financement lui permettant d'assumer sa part de responsabilités dans le programme;
- L'organisme a de bons liens avec les autres organismes similaires du secteur (Jancarick, 2012, p. 15).

Il est important de désigner l'organisme communautaire partenaire en collaboration avec les autres organismes du milieu, par le biais des lieux de concertation déjà existants. Cette approche favorise ainsi le pouvoir d'agir des communautés et permet de mettre l'accent sur les forces vives du milieu.

Pour le volet PAPFC² du programme, l'organisme communautaire désigné peut assumer le mandat suivant, en tout ou en partie, selon l'entente locale convenue (Jancarick, 2012, p. 16) :

- Assurer la prise en charge des activités collectives pour les enfants des familles inscrites (halte-garderie, ateliers de stimulation, etc.);
- Identifier un responsable des parents soutien;
- Recruter, former, superviser les parents soutien;
- Effectuer le pairage des familles participantes avec le parent soutien;
- Organiser la logistique relative aux diverses rencontres et activités;
- Participer aux réunions du comité de coordination locale;
- Participer aux réunions du comité de coordination clinique.

4.2 Les ressources à mettre en place

4.2.1 Les ressources humaines

Pour les volets de promotion, prévention et identification du programme

Des ressources humaines de l'équipe responsable de la santé publique du CSSS (ex. : organisateur communautaire) sont requises afin d'animer les partenaires du milieu autour du phénomène de la négligence.

Pour le volet PAPFC² du programme

Une grande proportion des familles ciblées par le volet PAPFC² du programme reçoivent déjà des services, soit du CSSS, du CJ ou des organismes communautaires. Pour les CSSS, une très grande partie des familles dont les enfants sont âgés entre 0 et 5 ans est déjà suivie dans le cadre des SIPPE et/ou dans le cadre de divers services du programme Jeunes en difficulté (protocole d'entente CLSC-CPE, programme d'habiletés parentales, etc.). Cependant, des efforts restent à faire pour rejoindre les enfants âgés de 6 à 12 ans et leurs familles, en étroite collaboration avec le milieu scolaire, et des ressources humaines peuvent être requises en ce sens. Ces ressources doivent optimiser le travail interdisciplinaire et intersectoriel déjà réalisé dans le cadre de PSI ou de PSII. Ce qui se portait autrefois à bout de bras par un intervenant ou deux est maintenant porté par une équipe, souvent intersectorielle. Le regroupement de professionnels et de paraprofessionnels permet, entre autres, de (Paquette, Malenfant et Young, 2004) :

- partager la responsabilité des interventions cliniques requises pour l'ensemble des situations;
- partager et de faciliter la gestion du risque pour l'enfant;
- favoriser l'appropriation et la connaissance des situations par l'ensemble des intervenants dédiés à cette clientèle (connaissance enrichie à la fois par le biais des interventions individuelles et de groupe);

- favoriser le développement de la pratique clinique en matière de négligence;
- Briser l'isolement des intervenants et de les soutenir quant aux décisions à prendre et des réponses à apporter aux multiples besoins de cette clientèle.

L'intervenant pivot (responsable du suivi de la famille)

L'intervenant pivot (ou personne autorisée pour le CJ) est l'intervenant responsable du suivi de la famille. Il s'agit dans tous les cas d'un intervenant psychosocial. Un intervenant pivot est désigné pour chaque famille. Il est celui avec lequel les parents créent les liens les plus étroits au cours de leur suivi. Il effectue lui-même une partie des activités de soutien professionnel et coordonne le PSI ou le PSII.

Le répondant en négligence

Un répondant en négligence dans chaque CSSS qui assume la coordination du Programme CADOE est une avenue à privilégier afin de favoriser la pérennité du programme. Cette option demeure toutefois à la discrétion des gestionnaires des CSSS.

Le répondant exerce une fonction majeure dans l'implantation et le fonctionnement du programme, volet PAPFC². Ses fonctions sont, entre autres, (Janarick, 2012, p. 29-30) :

- S'approprier la philosophie d'intervention et la programmation du PAPFC²;
- Initier les activités de sensibilisation de la communauté et mobiliser les partenaires;
- Participer, en collaboration avec le gestionnaire porteur du CSSS et les gestionnaires partenaires, à la conception d'un plan d'action pour la mise en place du PAPFC² dans le RLS;
- Participer, en collaboration avec le gestionnaire porteur du CSSS et les gestionnaires partenaires, à l'implantation du Programme CADOE au sein d'un continuum de services intégrés famille-enfance-jeunesse en négligence;
- Participer, en collaboration avec le gestionnaire porteur du CSSS et les partenaires locaux, à la mise en place de la structure de gestion du PAPFC² (comité de coordination local, comité de coordination clinique);
- Participer au comité de coordination local du programme et soutenir la réalisation de son mandat et de ses responsabilités;
- Organiser et animer le comité de coordination clinique et s'assurer de la réalisation de son mandat et de ses responsabilités;
- Participer aux activités régionales de formation, de supervision et de coordination relatives à l'application du programme;
- Participer aux activités relatives à la reddition de comptes et à l'évaluation du programme;
- Rédiger, en collaboration avec les membres du comité de coordination, un rapport annuel qui dresse un bilan des activités du programme incluant des recommandations et le déposer au directeur de programme concerné.

Les animateurs de groupes de parents

Deux intervenants sont requis pour l'animation des groupes de parents. Ces intervenants proviennent du CSSS, du CJ ou d'un organisme communautaire. Ils doivent avoir une bonne connaissance du phénomène de la négligence, des habiletés à travailler en équipe ainsi que des habiletés en animation de groupes. Le rôle des animateurs de groupes intègre trois fonctions : la fonction de facilitateur, d'éducateur et d'accompagnateur. L'animation repose sur différents thèmes selon les modules proposés dans le PAPFC² mais les thèmes traités sont en fonction des désirs, intérêts et préoccupations du groupe. L'animation est adaptée selon le cheminement du groupe, ce qui demande de la souplesse chez les animateurs. Les animateurs auront pour tâche de (Jancarik, 2012, p 30-31) :

- se préparer et structurer l'animation;
- faire le lien entre les objectifs personnels des parents et les sujets traités;
- cibler les stratégies d'interventions cohérentes;
- participer aux rencontres d'équipe clinique et faire le lien avec les divers intervenants du programme;
- gérer les présences des parents, effectuer les suivis requis, compléter les bilans hebdomadaires du déroulement des rencontres, fournir un calendrier annuel des rencontres, des thèmes et des sujets abordés;
- participer au comité de programme et au comité clinique (selon les CSSS) dans le but d'informer les autres membres du déroulement des activités.

Les parents soutien

La présence de parents soutien s'inscrit dans le cadre de l'activité du soutien paraprofessionnel. Cette activité vise à fournir aux familles un soutien social informel. Le rôle des parents soutien peut être très diversifié mais doit tout de même demeurer circonscrit. Quatre principes guident leurs actions, soit : la primauté du lien, la compassion, l'aide naturelle et l'accompagnement.

Afin de permettre la création d'un lien de qualité, le parent soutien initie au moins un contact par semaine avec la famille participante. Ce lien peut prendre la forme d'un contact téléphonique, d'une rencontre à domicile ou ailleurs, par exemple : le parent soutien peut inviter la famille participante à des activités telles des pique-niques, des visites au parc et à la bibliothèque, etc. Le parent soutien doit également faire le lien entre la famille et les ressources communautaires en cas de besoin. Il va sans dire que le type d'accompagnement offert par le parent soutien dépend avant tout des besoins de la famille et peut varier de façon significative d'une famille à l'autre (Jancarik, 2012, p. 31).

Le responsable des parents soutien

Les familles soutien doivent avoir accès à une personne de référence afin de bénéficier d'un appui en cas de besoin, d'être orientées dans l'accompagnement et d'être soutenues dans leurs démarches auprès des familles. Le responsable des familles soutien, sous la responsabilité de l'organisme communautaire, assume cette fonction. Cette personne a comme mandat (Jancarik, 2012, p. 32) :

- De participer au recrutement des parents soutien;

- De participer à leur formation et d'assurer leur supervision;
- D'orienter l'accompagnement des parents soutien en fonction des besoins hiérarchiques présentés par la famille;
- De soutenir les parents soutien dans leurs actions auprès des familles;
- D'assister aux diverses rencontres de sélection et d'engagement des parents participants;
- De participer au comité de coordination clinique lorsque requis (rencontres d'évaluation et de bilan; planification des activités collectives et élaboration d'un PSI-PSII).

Les ressources matérielles

Afin de répondre aux besoins des enfants et de leur famille, il importe de prévoir certaines ressources financières et matérielles. Les ressources du milieu permettant d'offrir un soutien concret aux familles (aide alimentaire, transport, aide aux devoirs, etc.) sont mises à contribution et soutenues au besoin. Une bonne connaissance de ces ressources par les intervenants est requise. Par ailleurs, certains ingrédients facilitateurs sont mis en place pour permettre l'implication des familles tout au long du programme d'intervention. Ainsi, le transport, les collations et un service de garde à offrir lors des groupes sont à organiser. D'autres ressources peuvent être requises selon la forme que prend le programme dans les territoires locaux.

4.3 Une structure sur laquelle s'appuyer

4.3.1 Le comité régional

Le comité de travail régional est composé de représentants des CSSS, du CJCA et de l'ASSSCA ayant une expertise en négligence. Ce comité détient son mandat du comité stratégique régional – Jeunes en difficulté (JED), composé de représentants de l'ASSSCA et des directeurs de tous les établissements dispensant des services aux jeunes.

Il a pour mandat :

- De soutenir la mise en place progressive d'un programme de services intégrés en négligence en lien avec les standards fixés dans les orientations ministérielles :
 - Mettre en place la structure de participation du comité de travail régional et préciser son mandat;
 - Déterminer le programme régional d'intervention en négligence;
 - Mettre en place les conditions de succès pour une implantation réussie;
 - Expérimenter le programme d'intervention en négligence sur les territoires de CSSS;
 - Suivre l'évolution des services d'intervention en négligence et les indicateurs de la reddition de comptes du MSSS.
- D'améliorer les arrimages régionaux et la continuité des services offerts aux jeunes et à leur famille.

4.3.2 Le comité stratégique local

Le comité stratégique local est composé de décideurs des instances locales où le programme est déployé, par territoire de CSSS. Une à deux rencontres par année est (sont) suggérée(s).

Son mandat est :

- d'approuver le plan d'action du programme;
- de s'assurer que des mécanismes de supervision, de transferts des apprentissages et de soutien sont en place autant pour le déploiement du programme, son intégration dans les pratiques que pour sa pérennité;
- d'appréhender les principaux enjeux stratégiques du programme et proposer des solutions aux acteurs concernés;
- de négocier et rédiger les ententes de services et de partenariat incluant les ressources humaines et financières afférentes à la mise en œuvre du programme;
- de s'assurer du monitoring de l'implantation de l'offre de service;
- d'apprécier le bilan des activités locales et soumettre avis ou recommandations aux différents acteurs concernés;
- de déposer un bilan de l'atteinte des objectifs poursuivis reliés à la démarche d'implantation aux instances concernées;
- d'adresser des recommandations aux instances sur des sujets d'intérêt touchant le déploiement, la mise en œuvre et la pérennité du programme;
- d'assurer la cohérence entre le programme et les valeurs des organisations;
- de soutenir les principes d'intégration de services et de responsabilité populationnelle.

4.3.3 Le comité de coordination locale

Le comité de coordination locale est composé de responsables des services du CSSS et du CJ, sur le territoire local, d'un représentant de l'organisme communautaire désigné, d'un organisateur communautaire du CSSS et des animateurs de groupes de parents du programme. Il est suggéré de réaliser de deux à trois rencontres par année, peut-être davantage lors de l'implantation du programme. Son mandat est :

- d'assurer la liaison avec les instances décisionnelles des établissements et organismes partenaires locaux;
- de convenir du plan d'action local assurant la mise en œuvre du programme;
- d'élaborer un plan d'organisation des services du PAPFC² propre au territoire local;
- d'élaborer un plan d'utilisation des services du PAPFC² propre au territoire local;
- d'assurer la mise sur pied du comité de coordination clinique;
- de superviser les travaux du comité de coordination clinique;
- de planifier et organiser les activités de formation et de supervision des intervenants impliqués dans le programme;
- de sélectionner les formateurs/superviseurs et d'assurer leur encadrement;
- d'assurer le « monitoring » général d'implantation du programme;
- de faire un bilan annuel d'implantation du programme.

4.3.4 Le comité prévention promotion

La composition, le mandat et les responsabilités du comité prévention et promotion sont à définir selon les projets identifiés sur les différents territoires. Il peut s'insérer dans le cadre du comité de concertation déjà existant où la question du développement optimal des enfants est prépondérante.

4.3.5 Le comité de coordination clinique

Le comité de coordination clinique est composé d'un représentant du CSSS répondant en négligence dans la mesure du possible, d'un représentant du CJ, d'un représentant de l'organisme communautaire désigné et idéalement, d'un médecin. À ce comité permanent s'ajoutent les intervenants impliqués au suivi des enfants et des familles concernés. De manière plus spécifique, le mandat du comité de coordination clinique est :

- d'élaborer le contenu spécifique de chaque type d'activité du PAPFC²;
- de promouvoir et informer les cadres, les intervenants et les partenaires concernés à propos du PAPFC² et de sa clientèle cible;
- d'offrir un lieu de consultation clinique afin de répondre aux besoins des intervenants pour la compréhension de la négligence envers les enfants et de les soutenir quant aux interventions à privilégier;
- de recevoir les demandes d'accès au Programme CADOE, volet PAPFC²;
- de convenir avec les intervenants des étapes à franchir et des moyens à prendre pour réaliser les activités cliniques prioritaires prévues dans le cadre du PAPFC²;
- de soutenir les intervenants pour les étapes préliminaires des services (PI, PSI/PSII);
- de soutenir les intervenants pour l'utilisation du cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant;
- de soutenir les intervenants au suivi pour l'application des activités cliniques prioritaires du PAPFC²;
- de soutenir les intervenants référents pour l'orientation des familles vers d'autres ressources lorsque celles-ci ne sont pas retenues par le comité de coordination clinique;
- de tenir un registre annuel de l'ensemble des familles qui ont été référées au programme incluant celles qui n'ont pas été retenues, celles qui ont été retenues mais qui ont refusé de participer au programme et celles qui ont accepté d'y participer;
- de présenter au comité de coordination locale un portrait des familles retenues;
- de soutenir les animateurs de groupes pour l'application des fonctions d'animations propres au PAPFC²;
- de soutenir les responsables de l'encadrement des parents soutien et des activités collectives pour l'application des principes propres au PAPFC²;
- de participer à l'évaluation de l'évolution des familles.

4.3.5 Le forum intersectoriel

Ce forum est un moyen pour soutenir la responsabilité populationnelle et l'intégration des services en négligence. Il peut être issu de regroupements déjà existants tels que ceux créés dans le cadre des projets « Avenir d'enfants. » Son mandat est :

- de réfléchir aux besoins des familles, particulièrement celles ayant un enfant âgé de 0 à 12 ans et celles en contextes de vulnérabilité;
- de soutenir la qualité et l'efficacité du partenariat présent dans la communauté;
- d'identifier des pistes de solutions pour répondre davantage aux besoins des familles, notamment celles à risque de négligence.

4.4 Le développement continu des compétences et le soutien clinique

4.4.1 Le développement continu

Le développement continu des différents savoirs ainsi que le soutien clinique sont des ingrédients nécessaires au succès de l'implantation et de l'application d'un programme dans le domaine de l'intervention en contexte de négligence.

Régionalement, les thèmes de formation suivants sont à prioriser, et ce, de manière récurrente :

- La négligence, une réalité à comprendre;
- L'intervention en contexte de négligence;
- Le développement de l'enfant de 0 à 12 ans.

Par ailleurs, il est convenu qu'une journée de sensibilisation à la négligence soit animée sur chaque territoire de CSSS afin de :

- créer un espace et un moment d'échanges entre des acteurs œuvrant dans différents secteurs d'activité pertinents à l'expérience vécue par les familles vivant en situation de négligence ou de risques de négligence (détresse sociale);
- fournir l'occasion aux participants de se situer, personnellement et dans le cadre de leurs activités professionnelles, par rapport à la problématique de la négligence;
- donner à voir la manière dont les autres acteurs se situent par rapport à la négligence et construire, à partir de cette mosaïque, une vision collective de l'action sociale dans les situations de négligence ou de risque de négligence (Lacharité, Animation d'un forum intersectoriel local, mars 2012).

Cette journée intersectorielle s'adresse à tous les acteurs susceptibles d'intervenir de près ou de loin dans un contexte de négligence.

D'autres formations peuvent s'ajouter à cette liste, selon les besoins des intervenants et partenaires. Une participation mixte des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu scolaire et du milieu communautaire est à privilégier dans l'optique de conserver une vision commune de la négligence et des pratiques prometteuses.

4.5 Le soutien clinique

Les familles vivant dans un contexte de négligence sont confrontées à des conditions très difficiles, dépassant parfois ce que l'on peut s'imaginer. Les intervenants que nous avons rencontrés, à ce propos, nous ont partagé se sentir démunis, frustrés, parfois sans ressources, découragés atteignant parfois rapidement leurs limites professionnelles. Ils gèrent des risques parfois énormes et demeurent très préoccupés pour les enfants et leur famille. Ils se sentent parfois seuls même s'ils travaillent en équipe. Leurs valeurs personnelles sont constamment heurtées par ce qu'ils vivent auprès de ces familles. Malgré tout, ils conservent l'espoir pour ces enfants et persévèrent à travers les petits pas que peut faire la famille.

Dans le cadre des travaux d'optimisation des SIPPE, un programme interdisciplinaire s'adressant aux familles vulnérables, la supervision clinique est considérée comme étant un outil indispensable à la qualité et l'efficacité des interventions. Son importance porte « tant pour assurer le transfert des apprentissages dans la pratique que pour soutenir le maintien et le développement des compétences professionnelles liées au rôle d'intervenants privilégiés, au travail interdisciplinaire et intersectoriel et à l'élaboration des différents plans d'interventions ou de services (PI, PII, PSI ou PSII) » (MSSS, 2011).

Actuellement, dans les CSSS, des supervisions cliniques interdisciplinaires sont déjà en place dans le cadre des SIPPE. Il peut être propice d'offrir la même formule pour les intervenants travaillant auprès des enfants âgés de 6 à 11 ans et leur famille inscrite au programme. Des modalités similaires pourraient être envisagées au CJCA et dans les organismes communautaires si elles ne sont pas déjà en place.

4.6 L'intégration des services

Afin de rendre tangible l'intégration des services, il est souhaitable de s'engager dans des ententes de services et protocoles formels. Le *Protocole de concertation des services auprès de la clientèle jeune en difficulté, en Chaudière-Appalaches* (CJCA, 2011) entre le CJ, les CSSS et les établissements régionaux dispensant des services aux enfants peut servir de base pour le développement d'un modèle d'arrimage spécifique à la négligence envers les enfants entre les établissements. Un exemple de protocole d'entente entre le CSSS Alphonse-Desjardins et le Centre de pédiatrie sociale de Lévis de même qu'avec le CJCA est disponible dans le guide clinique et de gestion.





IMPLANTATION DU PROGRAMME



5. L'IMPLANTATION DU PROGRAMME

5.1 Le processus d'implantation

Le processus d'implantation du Programme CADOE repose sur une série d'étapes nécessaires pour s'assurer de la conformité du programme avec les attentes régionales et ministérielles. Considérant que le PAPFC² est au cœur des actions, il est fortement suggéré de respecter le processus d'implantation recommandé dans le guide du PAPFC² ainsi que les paramètres proposés afin d'obtenir les résultats souhaités.

Il est convenu que chaque CSSS, en collaboration avec le CJCA et un organisme communautaire, propose sa propre démarche d'implantation tout en ayant le souci de conserver les grandes étapes proposées ci-dessous.

Le guide de référence propose un exemple de plan d'implantation développé par le CSSS Alphonse-Desjardins.



5.1.1 La planification globale du programme

La planification du programme prend nécessairement une couleur locale, selon le portrait de la population et des réalités des communautés, mais il importe de prendre en compte les résultats attendus suivants :

- Appropriation des données probantes portant sur la négligence et sur l'implantation de programmes probants;
- Appropriation du Programme CADOE incluant le PAPFC²;
- Sensibilisation des organisations concernées par la négligence;
- Consultation des partenaires internes et externes du CSSS et du CJCA;
- Plan de formation et de supervision commun aux différents partenaires et intervenants du programme (intervenants, gestionnaires, organismes communautaires, CPE, milieu scolaire, etc.).

5.1.2 L'organisation des services et la structuration du programme

L'organisation des services et la structuration du programme doivent être réfléchies et développées afin de supporter les activités du programme. Les éléments à prioriser sont :

- Processus de réflexion qualifiante (ce qui est fait de mieux en négligence) avec les intervenants du CSSS, du CJCA et des partenaires impliqués;
- Plan d'organisation des services du Programme CADOE, volet PAPFC²;
- Plan d'utilisation des services;
- Développement des outils de gestion;
- Ententes de services et de partenariat.

5.1.3 La phase d'exécution du programme

Cette phase nécessite une grande préparation dans la séquence des activités de déploiement. Elle doit se faire dans le respect des collaborations avec les partenaires et dans le respect du vécu des intervenants. Il est à noter que plus les intervenants auront complété la phase d'appropriation du programme, plus le déploiement sera efficace. Pour se faire, la réalisation d'un plan de déploiement est un incontournable.

5.1.4 L'évaluation et/ou le monitoring du programme

Tel que spécifié au paragraphe 5.2, le monitoring du programme doit se réaliser dès son déploiement afin de mesurer la qualité de l'implantation et d'apporter les correctifs nécessaires. Les éléments à développer sont :

- Indicateurs de qualité et de performance de l'implantation;
- Indicateurs de qualité et de performance des effets du programme;
- Rapport d'évaluation ou de monitoring.

Une activité de clôture peut également souligner la mise en œuvre complète du programme et permettre de réitérer l'engagement des différents acteurs impliqués de près ou de loin dans le programme.

5.2 Le processus de monitoring

Le processus de monitoring n'est pas défini régionalement. À l'heure actuelle, une évaluation d'implantation de même qu'une évaluation des impacts telles que définies dans la littérature nous semble difficilement envisageable en raison des ressources requises pour entreprendre une telle démarche. Par contre, il est nécessaire de mettre en place une structure régionale pour assurer une reddition de comptes appropriée.

Tel qu'identifiés à la fiche 4 (MSSS, 2007), les résultats attendus sont :

- La mise en place d'un ensemble d'interventions multidimensionnelles, diversifiées, constantes et de longue durée, auprès des parents négligents ou à risque de négligence et de leurs enfants. Ces interventions visent le maintien ou la réintégration des enfants dans leur milieu familial.

De façon plus particulière, les objectifs poursuivis sont :

- Développer ou restaurer les habiletés et les compétences liées à l'exercice du rôle parental et diminuer le stress parental;
- Éliminer les éléments pouvant mener à la compromission ou au risque de compromission;
- Éviter les signalements dans le contexte de la LPJ;
- Diminuer le recours au placement;
- Favoriser l'intégration sociale des familles;
- Diminuer la transmission intergénérationnelle de la problématique de la négligence.

Par ailleurs, une augmentation de la quantité et de la qualité du partenariat est également attendue, et ce, par une intégration maximale des services offerts aux familles pour l'ensemble de la population.

Pour sa part, l'équipe à la performance du CSSS Alphonse-Desjardins a contribué à l'identification des indicateurs reliés à l'implantation et aux impacts du Programme CADOE. Ces indicateurs sont présentés ci-dessous.



Indicateurs d'implantation

- Nombre d'ententes de services signées;
- Nombre de rencontres (présentation et/ou consultation) avec les partenaires;
- Nombre de familles référées au volet PAPFC² en janvier et septembre 2013;
- Nombre de projets de promotion/prévention amorcés en lien avec la négligence;
- Nombre de PSI réalisés en juin 2013 et en décembre 2013 dans le cadre du PAPFC²;
- Taux de satisfaction de la clientèle pour le PAPFC²;
- Taux de satisfaction des intervenants pour le PAPFC²;
- Taux de satisfaction des partenaires pour l'ensemble du Programme CADOE.

Indicateurs d'impacts

- Pour la clientèle suivie par le Centre Jeunesse, le taux de signalement dans le contexte de la LPJ n'excède pas 15 % dans les douze mois suivant la fin du programme;
- Diminution des facteurs de risque des familles suivies dans le cadre du PAPFC²;
- Augmentation des facteurs de protection des familles suivies dans le cadre du PAPFC²;
- Amélioration du développement des enfants suivis dans le cadre du PAPFC²;
- Taux de rétention au programme PAPFC².

Enfin, l'annexe 6 présente les différents indicateurs d'implantation proposés dans le guide du PAPFC².

CONCLUSION

Que l'ensemble de nos actions convergent vers l'intérêt supérieur des enfants, en impliquant d'abord leurs parents mais également l'ensemble des systèmes qui les entourent, voilà ce que nous envisageons pour notre région.

Cet exercice demande une implication marquée des gestionnaires et des décideurs sectoriels et intersectoriels se traduisant par des actions concrètes et s'appuyant sur les principes du Programme CADOE. Il demande également un engagement et une volonté des divers intervenants de tous les milieux à maintenir ou mettre en place les pratiques de pointe en matière d'interventions auprès des clientèles vulnérables.

Collectivement, agir pour le développement optimal des enfants : voilà un cadeau que nous offrons à nos enfants, leur famille, nos collectivités, nos organisations et nos équipes d'intervenants.

BIBLIOGRAPHIE

- Association des centres jeunesse du Québec (Juin 2009). *Cadre de référence en matière de négligence*. Montréal : ACJQ.
- Association des centres jeunesse du Québec (2012). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse - directeurs provinciaux 2012*. Montréal : ACJQ.
- Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Centres de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent et Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent. (2011). *Programme L'EnTrain : choisis ta destination*.
- Bédard, J. (1999). *Familles en détresse sociale*. Québec: Sigier.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment : a developmental-ecology analysis. *Psychological bulletin*, 114(3), pp. 413-434.
- Bouchard, C. (1991). *Un Québec fou de ses enfants, rapport du groupe de travail pour les jeunes*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Breton, M., Lévesque, J.F., Pineault, R., Lamothe, L., Denis, J.L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et organisation des soins*, 39(2), 113-124.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development : research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6), 723-742.
- Brown, I. et Fudge Schormans, A. (2004). *Les taux des mauvais traitements chez les enfants atteints de déficience intellectuelle*. Feuillet du CEPB #9F. Toronto : Faculty of Social Work, University of Toronto.
- Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (2011). *Protocole de concertation des services auprès de la clientèle jeunes en difficulté, en Chaudière-Appalaches*.
- Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (2012). *Rapport annuel d'activité et de gestion 2011-2012*. Lévis.
- Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2006). *Guide de pratique – Intervention psychosociale en négligence auprès des usagers 6-13 ans*. Beauport.
- Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2005). *Programme intersectoriel en négligence : L'effet papillon*. Chicoutimi.
- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) (2008). *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.

- Chamberland, C. et coll. (2012). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES. Rapport final présenté à : la stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada*. En collaboration avec le Ministère de la Sécurité publique du Québec.
- Cloutier, R. (n.d.). *Ça prend tout un village ...* Document récupéré le 4 avril 2012 sur le site de l'Association pour la santé mentale Côte-Nord : http://www.acsmcn.ca/CLIENTS/1-asmcn/docs/upload/sys_docs/Tout_un_village.pdf.
- Crittenden, P. M. (1993). An information-processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 27-48.
- De Montigny, F. et Goudreau, J. (2009). Les services de première ligne et l'intervention familiale. Dans C. Lacharité et J.P. Gagnier (Dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir, repères conceptuels et stratégies d'action*, (p. 183-208). Montréal: Chenelière Éducation.
- Dionne, M. (2011). *Concerto – Accueil du nouveau-né*. Centre jeunesse Chaudière-Appalaches et partenaires régionaux.
- Duchesne, S., 2011. Soutien social et familles et familles vulnérables : conceptualisation, intervention et évaluation. Dans Tarabulsky, G. M., Provost, M.A., Drapeau, S. et Rochette, E. (dir.) : *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* (p.33-51). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Drapeau, S. (2011). L'approche bioécologique du développement humain. Dans G. P. Tarabulsky, *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* (p. 11-31). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Éthier, L. S., Biron, C., Pinard, P., Gagnier, J.P. et Desaulniers, R. (1998). *Réussir en négligence*. GREDEF, Centre jeunesse Mauricie-Bois-Francs.
- Éthier, L.S. (1999). La négligence et la violence envers les enfants. Dans E. Habimana, L.S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (dir.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent - approche intégrative*, (p. 595-614). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Éthier, L.S., Bourassa, L., Klapper, U., et Dionne, M. (2006). *L'évolution des familles négligentes : chronicité et typologie*. Rapport de recherche FQRSC. GRIN/UQTR.
- Guay, J. (2009). *Les clientèles récalcitrantes : comment réussir l'alliance thérapeutique*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Initiative sur le partage des connaissances et des compétences (IPCDC) (2010). *Dépliant Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle*.
- Jancarik, A. S. (2012). *Je tisse des liens gagnants*. Guide d'implantation d'un programme d'intervention en négligence en Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Lacharité, Carl et coll. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC2)*. Trois-Rivières: GRIN/UQTR.
- Lacharité, C., Ethier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 59(4), 381-394.

- Lacharité, C., Pinard, P., Giroux, P. et Cossette, F. (2007). Faire la courte échelle : Développement d'un programme de services intégrés pour contrer la négligence envers les enfants. Dans C. Chamberland, S. Léveillé, & N. Trocmé (Dir.), *Enfants à protéger - Parents à aider : des univers à rapprocher* (p. VII-LXVI). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lacharité, C. (2009). 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.
- Lacharité, C. (2010). La dimension formative du bilan d'implantation des suites d'un programme à l'état des acquis subjectivement perçus par les intervenants au programme. Dans M. Alain et D. Dessureault (Dir.). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p. 221-240). Québec (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Lacharité, C. (mars 2012). *Animation d'un forum intersectoriel local*. Document de travail.
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1), 165-180.
- Lemay, L. (2009). Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment) : un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité. Dans C. Lacharité et J.P. Gagnier (Dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir, repères conceptuels et stratégies d'action*, (p. 101-127). Montréal: Chenelière Éducation.
- Léveillé, S. Chamberland, C. et Tremblay-Renaud, A. (2007). Quand le développement des parents compromet aussi de leurs enfants : état de la situation. Dans C. Chamberland, S. Léveillé, & N. Trocmé (Dir.), *Enfants à protéger - Parents à aider : des univers à rapprocher* (p. VII-LXVI). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Martin, C. & Boyer, G. . (1995). *Naître égaux - grandir en santé*. Gouvernement du Québec.
- Martin, D.J., Garske, J.P. et Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68 (3), 438-450.
- Michaud, J. et M.-J. Tremblay (2011). Programme L'EnTrain, Programme d'intervention intégrée en négligence au Bas-Saint-Laurent. ASSS du Bas-Saint-Laurent, CSSS du Bas-Saint-Laurent et CJ du Bas-Saint-Laurent.
- Ministère de l'éducation, des loisirs et des sports. (2012, 11 15). *Prendre le virage du succès : l'école, tout un programme*. Récupéré sur MELS: http://www.mels.gouv.qc.ca/reforme/pol_eco/ecole.htm#1.
- MSSS, (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-service jeunes en difficulté. Offre de service 2007-2012*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS, (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Paquette, F., Malenfant, M. et Young, S. (2004). *La négligence : un programme d'intervention 0-5 ans*. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

- Pauzé, R. (s.d.). *Présentation du modèle écologique*. Récupéré sur Centre de recherches familiales et systémiques: http://www.cerfasy.ch/cours_modeco.php.
- Pinard, P. (2005) *Faire la courte échelle, pour atteindre l'inaccessible face à la négligence*. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec, en collaboration avec le GRIN/UQTR.
- Pinard, P. et Gagnier, J.Y. (2010). PNF 2010-2011. *Cahier du participant, compétences spécifiques réseau, module 207, Intervention auprès des familles en situation de négligence*. Montréal : ACJQ.
- Secrétariat à la jeunesse. (2009). *Enrichir le Québec de sa relève : Stratégie d'action jeunesse 2009-2014*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Tarabulsky, G. M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C., et Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-based intervention for maltreating families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (3), 322-332.
- Trocmé, N., et Wolfe, S. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, résultats choisis*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., et Coutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants - 2003 : Données principales*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Turcotte, G., Pilote, C. et coll. (2012). *Inventaire des outils cliniques en négligence*. Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire et Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire.
- Ward, H. et Rose, W. (2002). *Approaches to Needs Assessment in Children's Services*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Young, S. (2011). *Modèles, applications, programmes en négligence*. Montréal: Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire.



ANNEXE 1

FACTEURS DE RISQUE ET

DE PROTECTION



Annexe 1
Facteurs de risque pour les abus et la négligence selon différents auteurs⁷

Enfant	Parent	Famille	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> • Tempérament : difficile ou lent* • Antisocial* • Agressivité* • Problèmes de comportement* • TDAH* • Déficience physique, cognitive, émotionnelle, maladies chroniques ou sérieuses • Naissance prématurée, anomalies à la naissance, petit poids, exposition aux toxines durant la grossesse • Malnutrition • Anémie • Retard de croissance • Attachement insécuré • Trauma • Groupe de pairs • Jeune âge 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de santé mentale, incluant la dépression de la mère* • Dépression/anxiété* • Toxicomanie* • Habiletés de résolution de problèmes déficitaires* • Faible estime de soi* • Impulsivité* • Faible tolérance à la frustration* • Peu d'interactions parents-enfants, attitudes négatives et attribution quant au comportement de l'enfant* • Facteurs de personnalité • Immaturité • Besoin de contrôle externe • Sentiment d'insécurité • Manque de confiance • Attachement insécuré à ses propres parents • Histoires d'abus, de négligence, de trauma dans l'enfance • Psychopathologies chez les parents • Criminalité • Jeune âge de la mère • Haut niveau de stress • Manque de connaissances sur le développement de l'enfant • Faible scolarité • Limitation cognitive 	<ul style="list-style-type: none"> • Stresseurs chroniques intra et extrafamiliaux* • Fertilité excessive* • Isolement social, absence de soutien* • Conflits parentaux et violence conjugale • Structure familiale, monoparentalité, soutien déficient • Supervision inappropriée • Stress familial • Présence d'enfants avec des besoins particuliers • Séparation/divorce avec conflits • Points de vue culturels incompatibles (perceptions différentes du développement entre les parents, la société et les dispensateurs de services) • Déménagements fréquents 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement social, manque de soutien social* • Faibles ressources collectives (économiques, culturelles et sociales)* • Milieu défavorisé* • Pauvreté* • Événements 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 • Exposition au racisme, à la discrimination, à l'intimidation

***Facteurs de risque auxquels une attention particulière doit être portée en raison de leur impact dans les situations de négligence ou à risque de négligence.**

⁷ Inspiré de Young, S. et coll.; 2011. Programme-cadre montréalais en négligence. La compréhension de la problématique de la négligence. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, p. 16.

Annexe 1 Facteurs de protection pour les abus et la négligence selon différents auteurs⁸

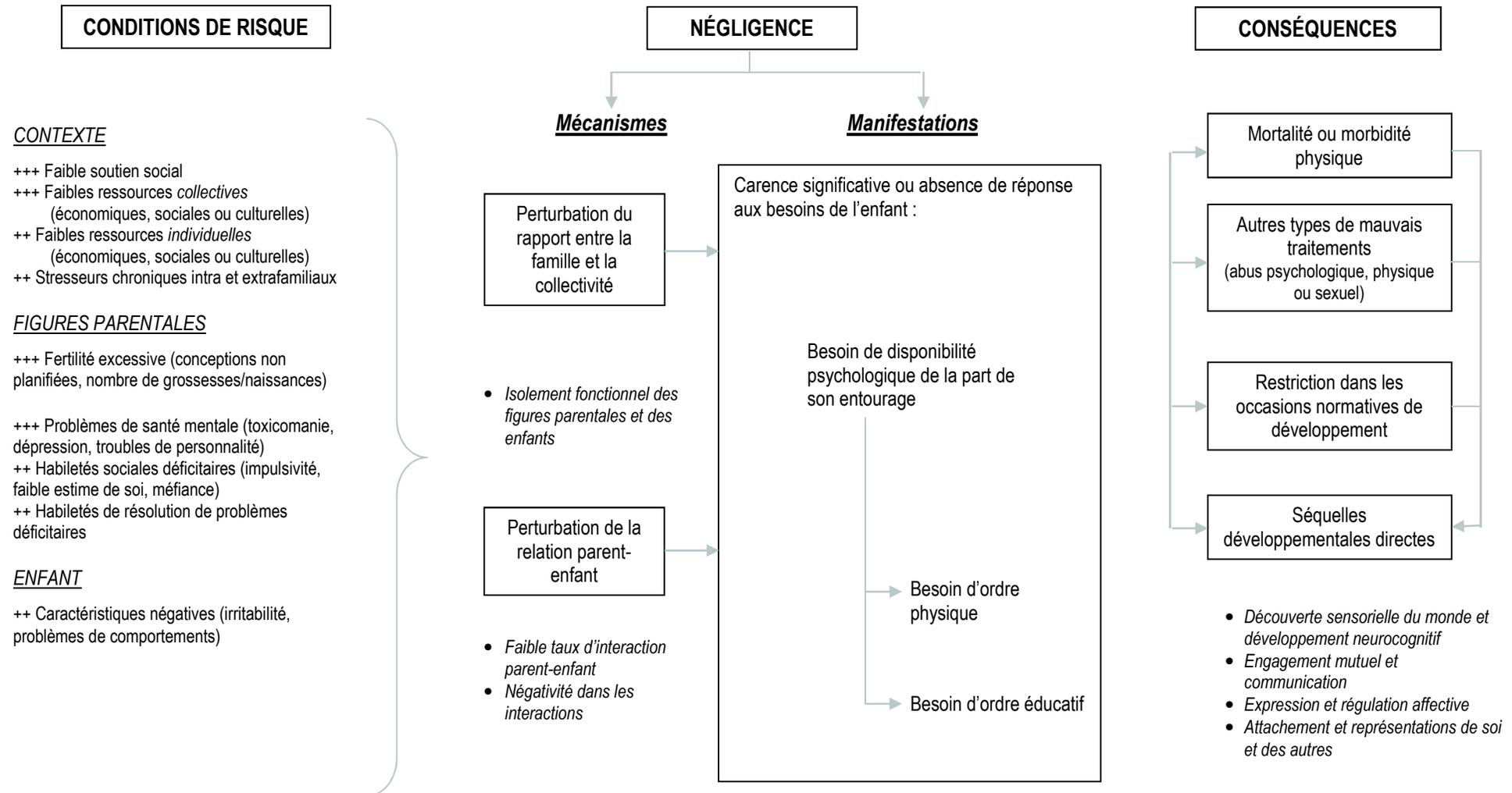
Caractéristiques de l'enfant	Caractéristiques du parent	Caractéristiques familiales	Caractéristiques environnementales
<ul style="list-style-type: none"> • Tempérament facile • Habilités sociales • Réseau familial, d'amis, de personnes significatives • Relation d'attachement sécurisée • Gestion adéquate des émotions • Sens de l'humour • Développement harmonieux • Compétences sociales et affectives • Estime de soi • Loisirs, intérêts • Créativité • Capacités de résolution de problèmes • Capacités d'adaptation • Implication à l'école, succès scolaire • Capacité d'avoir des activités apaisantes (musique, danse, art, journal intime, etc.) • Liens avec des personnes partageant sa culture, sa religion, ses valeurs, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relation d'attachement sécurisée 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 • Habilités 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 • Support et intérêts des membres entre eux • Partage d'activité 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 • Support concret pour répondre aux besoins • Ouverture 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 • Programme de support parental • Diminution de la pauvreté • Augmentation de l'employabilité • Diminution du décrochage scolaire • Engagement au niveau politique pour assurer la réalisation et la mise en place de ces facteurs de protection

⁸ Tiré de Young, S. et coll.; 2011. Programme-cadre montréalais en négligence. La compréhension de la problématique de la négligence. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, p. 17.



ANNEXE 2 - THÉORIE ÉCOSYSTÉMIQUE DE LA NÉGLIGENCE

Annexe 2 Théorie écosystémique de la négligence⁹



⁹ Tiré de Lacharité C., Éthier L. et Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. Bulletin de psychologie, 59(4), pp 381-394.



ANNEXE 3
MODÈLE LOGIQUE
DU PAPFC²



Annexe 3 Modèle logique du PAPFC²¹⁰

But du programme	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que les enfants vivent auprès et côtoient régulièrement des adultes qui sont en mesure de porter attention et de répondre adéquatement à leurs besoins. ❖ Que les adultes de l'entourage des enfants s'entendent sur le partage des responsabilités qu'ils ont à l'égard de ces derniers et collaborent pour assurer leur bien-être et leur développement optimal.
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les enfants et leurs principales figures parentales, dont le développement ou la sécurité sont considérés comme étant « préoccupants » voire compromis en raison du fait qu'ils vivent dans des familles à l'intérieur desquelles les figures parentales éprouvent des difficultés significatives à remplir les responsabilités attendues d'elles sur le plan physique, éducatif et/ou affectif. ❖ L'accès à un ensemble de services généraux ou spécifiques fournis aux enfants eux-mêmes ou à leur famille ne permet pas d'améliorer la situation de ces derniers. L'orientation générale retenue pour ces enfants est le maintien dans la famille et le soutien aux parents.
Ressources du programme	<ul style="list-style-type: none"> ❖ L'équipe d'interventions comprend des intervenants sociaux, des psychoéducateurs et des psychologues (du CJ ou du CSSS), des intervenants communautaires et des paraprofessionnels (d'organismes partenaires du CSSS ou du CJ) et tout autre professionnel de la collectivité jugé pertinent. ❖ Soutien logistique et financier pour faciliter, le cas échéant, la participation aux activités du programme (transport, gardiennage, etc.).
Activités du programme (moyens déployés)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Évaluation et analyse participative des besoins des enfants / Planification des services et des interventions. ❖ Soutien professionnel individualisé aux parents. ❖ Actions directes auprès des enfants. ❖ Actions collectives : rencontres parentales et activités familiales. ❖ Accompagnement paraprofessionnel.
Objectifs liés au processus d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Réaliser, en collaboration avec les parents et les autres adultes significatifs de l'entourage, une évaluation et une analyse des besoins des enfants et des parents en termes des trois fonctions du PAPFC². ❖ Élaborer des PI et, le cas échéant, un PSI qui contiennent des objectifs abordant chacune des trois fonctions du PAPFC². ❖ Fournir aux parents un soutien professionnel individualisé basé sur l'application de principes d'aide efficace avec des personnes vulnérables. ❖ Diriger les enfants et les parents vers des services généraux, spécifiques, spécialisés ou surspécialisés correspondant aux besoins identifiés et offrir un accompagnement individualisé dans la provision de ces services. ❖ Mettre en place des rencontres de groupes de parents abordant des thématiques associées aux trois fonctions du PAPFC² et fondées sur des principes d'animation efficace avec des personnes vulnérables. ❖ Mettre en place des activités collectives d'entraide et de socialisation pour les parents et les enfants. ❖ Mettre en place un service d'accompagnement paraprofessionnel des familles (ex. : parents soutien). ❖ Mettre en place une structure de gestion permettant de coordonner les services et les interventions et de les ajuster en fonction des réponses des enfants et des parents.
Objectifs liés aux résultats à court terme du programme	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les conditions d'existence des familles s'améliorent pour permettre aux enfants et aux parents de disposer de ressources nécessaires au maintien de leur santé et de leur bien-être et d'avoir du pouvoir sur leur vie. ❖ Les figures parentales disposent du soutien social nécessaire à l'exercice de leurs responsabilités auprès de leurs enfants. Ce soutien correspond à la nature des besoins manifestés par les parents (donc suffisamment intense, cohérent et continu). ❖ La disponibilité psychologique des figures parentales de même que les conduites responsables et sensibles à l'égard des besoins de leurs enfants s'améliorent. ❖ Le fonctionnement psychosocial et cognitif des enfants s'améliore à l'intérieur de leurs divers milieux de vie.
Objectifs liés aux résultats à long terme du programme	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les figures parentales démontrent, de manière stable, une compétence à répondre aux besoins de leurs enfants et à mobiliser les ressources (sur le plan personnel, social, économique), le soutien et l'aide nécessaires en fonction des besoins de ces derniers et de leurs propres besoins personnels. ❖ Le développement global et l'adaptation psychosociale des enfants s'améliorent. ❖ Le cycle de la négligence et de l'abus est brisé au moment où les enfants deviennent eux-mêmes des adultes et des parents.

¹⁰ Tiré de Lacharité et coll., 2005, p. 27-28.



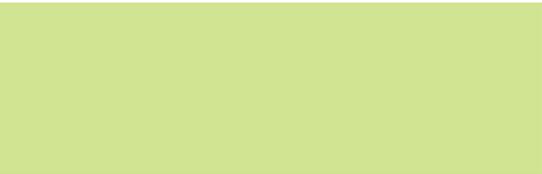
ANNEXE 4
QUALITÉS DES
PROGRAMMES EFFICACES



QUALITÉS DES PROGRAMMES EFFICACES EN NÉGLIGENCE¹¹

- Une préoccupation constante concernant la mobilisation des familles négligentes.
- Ces programmes sont écologiques (vision large et englobante des divers ordres de besoins), flexibles, intensifs lorsque nécessaires et prêts à intervenir sur un horizon de 18 à 30 mois.
- Elles sont animés par des professionnels engagés, respectueux, capables d'établir un lien de confiance et de répondre de façon cohérente aux besoins des familles négligentes.
- Un lien continu avec un intervenant pivot est privilégié (on évite la multiplication des intervenants impliqués).
- Les services se donnent principalement dans les familles; la participation des familles, à toutes les étapes, est déterminante; des services d'urgence sociale sont disponibles, si nécessaire.
- L'intervention est hâtive (et implique idéalement un dépistage et du reaching out).
- Les services concrets (nourriture, vêtements, répit, transport, etc.) et le soutien sont des composantes importantes; ils impliquent la contribution des ressources locales.
- Les buts et les activités des interventions sont bien définis, situés dans le temps et touchent tant les parents que les enfants.
- Les intervenants disposent des compétences, du temps (charge de cas) et de la supervision requise.
- Les particularités culturelles des familles sont prises en compte.
- L'engagement des pères et des nouveaux conjoints est favorisé.
- Un suivi postintervention des familles est assuré afin de prévenir la récurrence.

¹¹ Tiré de I.ACJQ, 2009. Cadre de référence en matière de négligence.



ANNEXE 5

AXES D'INTERVENTIONS

EN NÉGLIGENCE



Annexe 5
Axes d'interventions en négligence

AXE I : S'ASSURER QUE LES CONDITIONS DE VIE SONT EN PLACE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE BASE DE L'ENFANT		
Activités PAPFC²	Cibles	Interventions
Analyse participative / Planification	Parents et enfants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant. ❖ Centrée sur la sécurité et les besoins de base. ❖ Identification des ressources disponibles et manquantes. ❖ PI, PSI, PSII.
Soutien professionnel individualisé	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Soutien concret. ❖ Guidance. ❖ Référence à des ressources spécialisées.
Actions directes aux enfants	Enfants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Suivi de santé.
Groupe de parents	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ À travers les quatre modules de groupes.
Activités familiales	Parents et enfants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mettre en place des activités familiales qui permettent l'amélioration des conditions de vie : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sortie aux pommes; ▪ Cuisines collectives; ▪ Fêtes de Noël, Halloween, etc.; ▪ Pique-nique.
Soutien paraprofessionnel	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entraide dans la planification et le développement d'habiletés domestiques. ❖ Soutien concret.

Annexe 5
Axes d'interventions en négligence

AXE II : ASSURER LA POURSUITE OU LA REPRISE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PARENTALES		
Activités PAPFC²	Cibles	Interventions
Analyse participative / Planification	Parents et enfants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant. ❖ Évaluation du développement de l'enfant. ❖ Évaluation des compétences parentales. ❖ Identification des ressources et partenaires pouvant contribuer à cet axe. ❖ PI, PSI, PSII.
Soutien professionnel individualisé	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Développement de la sensibilité parentale. ❖ Favoriser le développement d'un patron d'attachement sécurisant. ❖ Guidance développementale à domicile et sur une base continue.
Actions directes aux enfants	Enfants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Participation à des activités socio-éducatives (ateliers de stimulation, service de garde, préscolaire), éducatives (écoles), sociales (loisirs, sports, etc.). ❖ Suivi spécialisé (orthophoniste, psychologue, etc.).
Groupe de parents	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ À travers les quatre modules de groupes. ❖ Participation à des groupes tels que Y'APP, COPE, PACE, etc.
Activités familiales	Parents, enfants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mettre en place des activités familiales permettant l'amélioration des compétences parentales et le développement des enfants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apprendre à jouer; ▪ Activités en dyade parent/enfant ou en famille; ▪ Accent sur le plaisir d'être ensemble. ❖ Mettre en lumière les forces des parents et des enfants.
Soutien paraprofessionnel	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Soutien social informel concernant le développement des enfants et les fonctions parentales.

Annexe 5
Axes d'interventions en négligence

AXE III : ASSURER L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DES PARENTS		
Activités PAPFC²	Cibles	Interventions
Analyse participative/ Planification	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant, sphères reliées aux facteurs familiaux et environnementaux. ❖ Évaluation approfondie de problématiques particulières. ❖ PI, PSI, PSII.
Soutien professionnel individualisé	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Soutien professionnel selon les besoins des parents. ❖ Implication des partenaires offrant les services appropriés (ex. : CRDCA, psychiatrie, services pour contrer la violence, etc.).
Actions directes aux enfants	Enfants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Activités permettant à l'enfant d'être en contact avec des adultes disponibles pour répondre à ses besoins.
Groupe de parents	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ À travers les quatre modules de groupes, spécifiquement le module « Le parent comme personne. »
Activités familiales	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mettre en place des activités pour les parents afin de leur offrir des occasions de partager avec d'autres parents dans un contexte social informel.
Soutien paraprofessionnel	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Soutien social informel permettant de répondre à des besoins individuels du parent.

Annexe 5
Axes d'interventions en négligence

AXE IV : FAVORISER L'INTÉGRATION DES PARENTS ET DES ENFANTS À LA COMMUNAUTÉ		
Activités PAPFC²	Cibles	Interventions
Analyse participative/ Planification	Parents et enfants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Évaluation des facteurs familiaux et environnementaux et des ressources disponibles (financières, sociales, communautaires, etc.) tels que mentionnés dans le cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants. ❖ PI, PSI, PSII.
Soutien professionnel individualisé	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Préoccupation constante, à travers l'ensemble des axes, à orienter la famille vers les ressources communautaires disponibles. ❖ Favoriser l'implication du réseau de soutien social.
Actions directes aux enfants	Enfants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Favoriser l'intégration sociale des enfants.
Groupe de parents	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ À travers les quatre modules de groupes, spécifiquement le module « Les relations parent-environnement. »
Activités familiales	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mettre en place des activités permettant le développement ou la consolidation de liens avec les organismes du milieu et le réseau de soutien social.
Soutien paraprofessionnel	Parents	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Accompagnement vers des ressources communautaires appropriées.



ANNEXE 6
INDICATEURS DU PAPFC²



Annexe 6
Principaux indicateurs d'implantation du PAPFC² après un ou deux ans ¹²

Structure du programme	Processus d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Une entente de partenariat entre les établissements et organismes impliqués a été approuvée par les autorités institutionnelles appropriées. ❖ Des cadres et des intervenants et, le cas échéant, des paraprofessionnels, ont été dûment identifiés et assignés à l'implantation du programme. ❖ L'expérience et l'expertise des agents professionnels œuvrant au programme correspondent aux buts et objectifs visés par celui-ci. ❖ La description de fonctions des agents professionnels œuvrant au programme correspond aux buts et objectifs visés par celui-ci. ❖ Une structure de gestion qui correspond aux buts et objectifs visés par le programme a été mise en place. ❖ Un plan organisationnel du programme qui correspond aux buts et objectifs visés par le programme a été produit. ❖ Un plan d'utilisation des services qui correspond aux buts et objectifs visés par le programme a été produit. ❖ Des outils de « monitoring » du programme ont été produits. ❖ Des devis d'évaluation de l'implantation et des effets du programme ont été produits. ❖ Les principes d'interventions généraux proposés par le programme ont été formellement opérationnalisés (par exemple : sélection ou élaboration d'outils d'évaluation des besoins des enfants, documents décrivant les diverses activités du programme telles qu'elles sont appliquées dans le réseau local de services, etc.). ❖ Des activités de formation/supervision ont été planifiées et réalisées. Le nombre et le contenu de celles-ci correspondent aux buts et objectifs visés par le programme. ❖ Le climat de travail autour de l'implantation du programme entre les établissements et organismes partenaires est bon. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Des documents ont été élaborés pour décrire et expliquer le programme aux intervenants concernés des établissements et organismes partenaires. ❖ Des documents ont été élaborés pour décrire et expliquer le programme aux parents concernés. ❖ Des activités d'information et de sensibilisation dans chaque établissement référent ont été réalisées. ❖ Un protocole de référence/recrutement des familles a été élaboré à partir des critères retenus au plan d'utilisation des services par les usagers du programme. ❖ Les cadres et intervenants directement concernés par la référence et le recrutement des familles ont une connaissance fonctionnelle des buts, objectifs et activités du programme. ❖ Au moins 25 % des familles répondant aux critères de sélection ont été référées au programme après deux ans. ❖ Au moins 90 % des familles acceptées au programme répondent aux critères de sélection. ❖ Le taux d'acceptation à participer au programme par les familles est d'au moins 80 %. ❖ Le taux de rétention des familles à l'intérieur du programme est d'au moins 80 % après un an. ❖ Dans au moins 90 % des cas référés, une évaluation et une analyse des besoins développementaux des enfants ont été réalisées par les intervenants responsables auxquelles au moins un des parents a participé. ❖ Au moins 50 % des familles acceptées au programme ont fait l'objet d'un PSI. ❖ Au moins 90 % des PI et des PSI comportent de l'information sur les objectifs à atteindre en termes des besoins développementaux des enfants, des capacités des adultes de l'entourage à répondre à ces besoins et des conditions familiales et sociales.

¹² Tiré de Lacharité et coll., 2005, p. 87.

Structure du programme	Processus d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le climat de travail entre les agents du programme est bon. ❖ Les agents de programme se sentent soutenus face aux tâches et responsabilités qui leur incombent. ❖ Une évaluation, au moins annuelle, a été faite du fonctionnement de chaque agent de programme en lien avec les quatre processus d'implantation et montre que la majorité des agents ont une maîtrise fonctionnelle de ces quatre processus (Réf. : annexe 1). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le suivi professionnel de la famille, en ce qui concerne l'accompagnement de la famille dans sa collectivité (gestion de cas), l'aide psychosociale apportée aux parents par l'intervenant responsable et les actions directes auprès des enfants, répond, en termes d'intensité et de contenu, aux principes proposés par le programme. ❖ L'animation de groupes de parents répond, en termes d'intensité et de contenu, aux principes proposés par le programme. ❖ La réalisation d'activité collective répond, en termes d'intensité et de contenu, aux principes proposés par le programme. ❖ L'accompagnement paraprofessionnel répond, en termes d'intensité et de contenu, aux principes proposés par le programme. ❖ Les usagers ont formellement des occasions de rétroagir à propos des divers services qu'ils reçoivent. ❖ Les usagers (parents) sont satisfaits des divers services qu'ils reçoivent. ❖ Les PI et les PSI ont été révisés annuellement.

**Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 