

Tout un village

Programme d'intervention en négligence lanaudois



**Auprès des enfants de 0 à 12 ans et leurs principales
figures parentales**

Guide d'intervention

Direction du programme jeunesse

Version du : 9 septembre 2022

Conception et rédaction

Nadine Racicot — Agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de la protection de la jeunesse, CISSS de Lanaudière

Avec la collaboration à la rédaction

Danny Gignac — Spécialiste en activités cliniques Tout un village, Direction programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Caroline Jacques — Agente de planification, de programmation et de recherche, Direction du programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Membres du comité de travail

Valérie Desmarais — Chef de service à l'application des mesures, Mascouche A, Direction programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Marilou Jean — Chef d'administration de programme Jeunes en difficulté 6-18 ans et coordonnatrice régionale du programme lanaudois en négligence « Tout un village », Direction programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Isabelle Joly — Coordonnatrice interprofessionnelle, évaluation-orientation, Direction de la protection de la jeunesse, CISSS de Lanaudière

Katherine Lavoie-Martin — Spécialiste en activités cliniques, application des mesures, Direction programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Catherine Hinse, — Chef de service à l'application des mesures programmes complémentaires en Centre Jeunesse, Direction programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Membres du comité de lecture

Pascale Paré – Coordonnatrice clinico-administrative services psychosociaux, Direction programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Rachel Thomas – Coordonnatrice clinico-administrative application des mesures, Direction programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Dominique Paquet – Chef de service évaluation-orientation, Direction de la protection de la jeunesse, CISSS de Lanaudière

Nathalie Party – Coordonnatrice des activités et services volet Centre de ressources périnatales, Cible Famille Brandon, Maison de la famille et Centre de ressources périnatales

Révision et mise en page :

Lucie Désormeaux, agente administrative, Direction du programme jeunesse

Noémie Boudreau, agente administrative, Direction de la protection de la jeunesse

Tout un village : Programme d'intervention en négligence lanaudois – Guide d'intervention

Dépôt légal, 3^e trimestre 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISBN : 978-2-550-92306-0 (imprimé)

978-2-550-92307-7 (PDF)

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2022.
Ce document est la propriété exclusive du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. Toute reproduction totale ou partielle du présent document ainsi que toute diffusion du tout ou d'une partie de son contenu, sous quelque forme que ce soit (conférence, cours ou autre moyen semblable de diffusion), doivent au préalable être autorisés par écrit par la direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

NOTE : Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans discrimination et uniquement pour alléger le texte.

Table des matières

Liste des acronymes.....	3
Remerciements	5
Mise en contexte	6
Prévalence de la négligence au Québec et dans la région de Lanaudière	8
Section 1 – Mieux comprendre la négligence	9
1.1 Les définitions de la négligence.....	10
1.1.1 Définition légale	10
1.1.2 Définition clinique.....	11
1.2 Les formes de négligence	13
1.3 La gradation de la négligence : Les types de négligence et le profil des familles	15
1.4 Les facteurs de risque	17
1.5 Les facteurs de protection	19
1.6 Les impacts de la négligence sur l'enfant	21
1.6.1 Le traumatisme complexe.....	22
Section 2 – Les assises du programme <i>Tout un Village</i>	26
2.1 Les orientations ministérielles.....	27
2.2 L'approche écosystémique	28
2.3 L'Initiative Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et de leur Sécurité (AIDES) et son cadre d'analyse écosystémique des besoins de l'enfant	28
2.4 Les autres programmes d'intervention en négligence.....	30
Section 3 – Les paramètres du programme <i>Tout un Village</i>	31
3.1 But du programme.....	32
3.2 Objectifs	32
3.3 Clientèle visée	32
3.4 Critères d'admissibilité.....	32
3.5 Autres facteurs permettant de mieux repérer la clientèle admissible.....	33
3.6 Le continuum de services en négligence	34
Section 4 – Le processus clinique du programme <i>Tout un Village</i>	41
4.1 Principes cliniques de TUV.....	42
4.2 Les étapes du processus clinique.....	43
4.3 La référence et le mécanisme d'accès.....	44
4.4 Le consentement au programme	52
4.5 La prise en charge de la famille	53
4.5.1 L'intervenant pivot.....	53
4.5.2 Saisie de données aux systèmes d'information clientèle.....	53

4.6 L'évaluation et l'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant	54
4.6.1 L'évaluation	54
4.6.2 L'analyse participative des besoins de développement de l'enfant dans une perspective écosystémique.....	55
4.6.3 Autres outils complémentaires suggérés	58
4.7 La planification de l'intervention.....	59
4.7.1 L'élaboration du plan d'intervention (PI)/plan d'intervention disciplinaire (PID)	60
4.7.2 L'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII).....	60
4.7.3 L'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI).....	61
4.8 L'intervention	61
4.9 La fin de l'intervention dans le cadre du programme TUV.....	70
Section 5 – Pratiques d'intervention en contexte de négligence.....	71
5.1 Établir un lien de confiance et créer une alliance thérapeutique avec la famille.....	72
5.2 Développer le pouvoir d'agir : <i>l'empowerment</i>	74
5.3 Intervenir auprès des pères et susciter leur engagement.....	76
5.4 Intervenir en contexte de diversité culturelle	80
5.5 Intervenir en contexte autochtone.....	82
5.6 Intervenir en contexte de langue étrangère.....	87
5.7 Offrir différents types d'accompagnement professionnel.....	88
5.8 Intervenir en partenariat.....	89
Section 6 – Structure de gestion et de soutien au programme	90
6.1 Structure de gestion	91
6.1.1 Comité de coordination régional	91
6.1.2 Comité conjoint local.....	91
6.1.3 Table régionale des partenaires.....	92
6.2 Structure de soutien à la pratique	93
6.2.1 Les communautés de pratiques	93
6.2.2 Activités de formation et de sensibilisation.....	93
Section 7 – Rôles des différents acteurs au programme	94
7.1 Coordonnateur régional.....	95
7.2 Gestionnaires des services de proximité et des services spécifiques du CISSS de Lanaudière	95
7.3 Spécialiste en activités clinique (SAC) du programme TUV des services de proximité.....	95
7.4 Spécialiste en activité clinique (SAC) du service de l'application des mesures, associé au programme TUV	96

7.5 Coordonnateur interprofessionnel (CIP) des services de proximité associé au programme TUV	97
7.6 Coordonnateurs interprofessionnels (CIP) des services spécifiques.....	97
7.7 Agent de planification, de programmation et de recherche (APPR)	97
7.8 Partenaires du réseau territorial de services.....	98
Références	100
ANNEXE 1 – Aide-Mémoire.....	108
ANNEXE 2 - Grille d'évaluation de l'intensité d'intervention	113
ANNEXE 3 - Description des dimensions du cadre d'analyse écosystémique AIDES	121
ANNEXE 3a - Description des dimensions du cadre d'analyse écosystémique AIDES	123
ANNEXE 3b - Description des dimensions du cadre d'analyse écosystémique AIDES	125
ANNEXE 4 - Cadre écosystémique - Outils visuels AIDES	127
ANNEXE 4a - Cadre écosystémique - Outils visuels AIDES	128
ANNEXE 5 - Principes pour un soutien et une aide efficace	129
ANNEXE 6 - Formulaire de référence au programme : Programme en négligence Tout un village	131

Liste des acronymes

ACFM :	Association Carrefour Famille Montcalm
AIDES :	Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité
AJ :	Accès jeunesse
AM :	Application des mesures
APPR :	Agent de planification, de programmation et de recherche
ASQ :	Ages and stages questionnaire
CABE :	Cahier d'analyse des besoins de l'enfant
CFL :	Crise familiale Lanaudière
CIP :	Coordonnateur interprofessionnel
CJ :	Centre jeunesse (ancienne appellation du CPEJ)
CNA :	Conseil de la nation Atikamekw
CPEJ :	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPE :	Centres de la petite enfance
CPSCCL :	Centre de pédiatrie sociale en communauté de Lanaudière
CSSS :	Centre de santé et services sociaux
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre universitaire intégré de santé et de services sociaux
CPSCCL :	Centre de pédiatrie sociale en communauté de Lanaudière
CSAPR :	Centre de services ambulatoires en pédopsychiatrie de Repentigny
CRD :	Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière
DPJ :	Directeur de la protection de la jeunesse
DPS :	Directeur de la protection sociale
É/O :	Évaluation-orientation
GASMA :	Guichet d'accès en santé mentale adulte
GED :	Grille d'évaluation du développement
GMF :	Groupe de médecine familiale
IP :	Intervenant pivot
IDP :	Approche d'Intervention différentielle en partenariat
ISP :	Indice de stress parental
JED :	Jeunes en difficulté

LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCFL :	Organismes communautaires famille de Lanaudière
ONSA :	Organisation nationale de la santé autochtone
OTSTCFQ :	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PAPFC :	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire
PI :	Plan d'intervention
PID:	Plan d'intervention disciplinaire
PII :	Plan d'intervention interdisciplinaire
PIJ :	Projet intégration jeunesse
PIN :	Programme d'intervention en négligence
PNF :	Programme national de formation
PSI :	Plan de services interdisciplinaire
PSII :	Plan de services individualisé et intersectoriel
RTS :	Réception et traitement des signalements
RTS :	Réseau territorial de services
SAC :	Spécialiste en activités cliniques
SDA :	Supervision de droits d'accès
SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIAA :	Système d'intervention d'autorité Atikamekw
TROCFL :	Table Régionale des Organismes Communautaires Famille de Lanaudière
TUV :	Tout un village

Remerciements

Le programme d'intervention en négligence *Tout un village* est le fruit d'un travail de longue haleine.

Nous tenons à saisir cette occasion et adresser nos remerciements et notre reconnaissance à tous les précieux collaborateurs au sein même du CISSS de Lanaudière et de la communauté. Par la richesse de leurs points de vue et de leurs recommandations, ils nous ont grandement aidés à bien traduire les besoins des enfants et des familles en difficulté et à vulgariser les bonnes pratiques d'intervention en négligence.

Merci à chacun d'entre vous pour votre lecture attentive et vos suggestions éclairées afin de bonifier les écrits afin qu'ils correspondent le plus fidèlement possible à la réalité.

Chacun d'entre vous a joué un rôle fondamental dans la création de ce guide, sans votre implication la conception, la rédaction et la révision de ce guide n'auraient pas pu être possible. Merci sincèrement de votre implication.

Maintenant, longue vie au programme d'intervention en négligence lanaudois *Tout un village* !

Mise en contexte

La négligence étant le type de maltraitance le plus fréquemment rapporté au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) reconnaît les jeunes enfants négligés comme un des groupes les plus vulnérables de la société, qui nécessite des interventions ciblées.

L'offre de service *Programme-services Jeunes en difficulté 2007-2012* — Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience (prolongées jusqu'en 2015), stipule que chaque région du Québec doit mettre en place un programme d'intervention en négligence (PIN) destiné aux enfants de 0 à 12 ans qui vivent en contexte de négligence ou à risque de négligence, ainsi qu'à leurs parents.

Le MSSS précise les assises d'un tel programme et le définit comme un ensemble d'interventions multidimensionnelles, constantes et de longue durée qui tiennent compte des besoins des familles; vise le maintien ou la réintégration des enfants dans leur milieu familial et nécessite une approche interdisciplinaire et intersectorielle (fiche 4)¹.

Ce programme se doit d'être sous la responsabilité des Centres de santé et services sociaux (CSSS), en collaboration avec les Centres jeunesse (ancienne appellation CPEJ) et avec la participation de nombreux autres partenaires régionaux, tels que les organismes communautaires, les centres de la petite enfance et services de garde, le milieu scolaire, la pédiatrie, etc.

C'est dans ce contexte que le programme en négligence lanauois *Tout un Village* a vu le jour. Sa mise en œuvre graduelle a débuté à l'hiver 2014 et a été réalisée par des intervenants des CSSS issus des équipes *Jeunes en difficulté* (JED) 0-5 ans et 6-12 ans, des intervenants du Centre Jeunesse² des équipes 0-11 ans du service de l'application des mesures (AM) de même qu'avec la participation des partenaires régionaux.

À la recherche d'une amélioration continue de la qualité des pratiques au sein de l'établissement, un état de situation, sur la mise en œuvre du programme *TUV* et l'expérience des intervenants, a été réalisé en 2019. Parmi les recommandations émises, la révision et la bonification du programme lanauois en négligence, *Tout un village* était une priorité.

La problématique de la négligence demeure au cœur des préoccupations dans la région de Lanaudière. Il existe déjà plusieurs ressources, activités et partenariats, qui favorisent l'intervention auprès de familles vivant dans un tel contexte.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007), *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*, Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, fiche 4.

² Ancienne appellation du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

Toutefois, il importe de consolider une vision et un langage communs de cette problématique, de bonifier et mieux structurer les activités et les partenariats existants, de même que de se doter d'un cadre d'intervention plus clair et adapté aux réalités des pratiques et aux besoins des usagers.

Ce guide découle du travail de collaboration entre différents partenaires du CISSS de Lanaudière œuvrant auprès des jeunes et des familles en difficulté. Un comité de travail a été constitué afin de réaliser la conceptualisation de différentes composantes du programme. Des coordonnateurs interprofessionnels, intervenants, spécialistes en activités cliniques et gestionnaires, de la Direction du programme jeunesse et de la Direction de la protection de la jeunesse ont pris part à la démarche, en mettant à contribution leur expertise, afin de créer un programme répondant aux besoins et aux préoccupations des équipes et des intervenants. De même, des partenaires du réseau territorial de services (RTS) ont été consultés afin de permettre une vision commune de la problématique de la négligence ainsi que des pratiques d'intervention à favoriser auprès de ces familles.

Le programme *Tout un village* s'appuie sur les connaissances actuelles et les pratiques gagnantes en matière de négligence. Ce guide contient les fondements théoriques et les paramètres cliniques permettant d'avoir une vision du phénomène de la négligence, une philosophie d'intervention et un processus clinique qui soient communs. Il a pour but de mieux orienter et outiller les professionnels dans la mise en œuvre d'une intervention en négligence qui soit pertinente, efficace et concertée en leur fournissant des balises pour leur pratique professionnelle. Il s'adresse à tous les intervenants, spécialistes en activités cliniques, coordonnateurs interprofessionnels, gestionnaires et partenaires du réseau territorial de services, qui ont la responsabilité d'accompagner les enfants et les parents vivant dans un contexte de négligence. Le présent document peut être utilisé dans son ensemble ou par section en fonction de l'information recherchée.

« Le Programme d'intervention en négligence est une solution probante pour répondre aux besoins de familles en plus grande difficulté³ »

³ Gouvernement du Québec (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, [En ligne], Résumé du rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, p.26.

Prévalence de la négligence au Québec et dans la région de Lanaudière

La négligence est la forme de mauvais traitement qui touche le plus grand nombre d'enfants au Québec. Les études se multiplient démontrant les effets préjudiciables durables de la négligence sur le bien-être et le développement des enfants. Qu'elle soit apparente ou invisible, la négligence a des conséquences majeures sur le développement cognitif, social, émotionnel, physique, et neuropsychologique des enfants. Ceux-ci constituent un des groupes les plus vulnérables de notre société.

Pour l'année **2020-2021**, au niveau provincial, le bilan des directeurs provinciaux de la protection de la jeunesse fait état que **44 728 signalements ont été retenus**. Sur ce nombre, la négligence, combinée à un risque sérieux de négligence, est le motif principal de rétention de signalements pour les 0-17 ans et représente **33,3 % des signalements retenus** (14 513 signalements retenus)⁴.

Également, **49,9 % des enfants âgés entre 0 et 17 ans** (20 058 signalements), pris en charge par les directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ) en vertu de mesures volontaires ou ordonnées l'ont été parce qu'ils étaient **victimes de négligence ou risquaient sérieusement de l'être**.

Dans la région de Lanaudière, pour l'année 2020-2021, 3 444 signalements ont été retenus¹.

Sur ce nombre, la négligence combinée au risque sérieux de négligence représente 26,7 % des signalements retenus pour les 0-17 ans.

Toutefois, 49,9 %, soit la moitié des enfants pris en charge par la DPJ en vertu de mesures volontaires ou ordonnées, l'ont été puisqu'ils étaient victimes de négligence ou risquaient sérieusement de l'être.

Par ailleurs, les intervenants œuvrant au sein des services de proximité⁵ sont également confrontés à des situations de détresse sociale qui constituent un risque sérieux de négligence ou à des situations de négligence avérée, pour lesquels la sécurité et le développement ne sont pas compromis⁶.

Ces constats sont très préoccupants et traduisent l'urgence de poser des actions concrètes pour lutter contre ce phénomène et d'en réduire les conséquences.

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021), *Les enfants, notre priorité! Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2021*, Québec.

⁵ La désignation « services de proximité » réfère aux services offerts par les CSSS, communément appelés les services de 1^{re} ligne. Ce terme sera utilisé tout au long du présent guide.

⁶ Ethier, L. S., Couture, G., Lacharité, C., & Gagnier, J.-P. (2000), *Impact of a multidimensional intervention programme applied to families at risk for child neglect*, *Child Abuse Review*, 9(1), 19–36.

Section 1 – Mieux comprendre la négligence

1 Mieux comprendre la négligence

La négligence est un phénomène complexe : elle touche à la fois des notions de développement physique, affectif, intellectuel, comportemental, familial et social, nécessitant d'en faire une analyse globale et bien documentée. Notre façon de comprendre la négligence influence grandement notre façon d'évaluer le risque et les besoins des enfants et des familles, et aussi d'intervenir. La négligence envers les enfants a longtemps été considérée selon une approche de type comportementale centrée sur les conduites inadéquates des parents. Or, la recherche démontre que cette problématique doit être abordée d'une façon totalement différente. Depuis les dernières années, la perspective écosystémique de la négligence fait de plus en plus consensus comme étant la plus pertinente. Dans une telle perspective, on considère que la négligence réfère à un contexte avant de référer à un comportement. Ainsi, « Il faut tenter de comprendre *le monde ou l'univers* de la négligence afin de pouvoir comprendre la conduite négligente des adultes à l'endroit des enfants et comprendre les réactions adaptatives de ces derniers et les conséquences développementales qui s'en suivent⁷ ». Il ne s'agit plus que de protéger les enfants d'un milieu négligent, mais bien d'évaluer leurs besoins développementaux et les ressources du milieu disponibles à y répondre.

1.1 Les définitions de la négligence

La négligence est un phénomène complexe et multifactoriel, tant en ce qui concerne ses causes que ses conséquences. Il importe donc 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.

1.1.1 Définition légale

La Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) définit spécifiquement la négligence. Elle identifie, de manière particulière, trois types de négligence. Il s'agit de la négligence sur le plan physique, sur le plan de la santé et sur le plan éducatif⁸.

Article 38 b) Négligence :

1. Lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux :
 - i. Soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;
 - ii. Soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;

⁷ Lacharité, C. et coll. (2005), *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : Nouvelle génération (PAPFC²)*, Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR, p.17.

⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010), *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Québec.

iii. Soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation.

2. Lorsqu'il y a un **risque sérieux** que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1.

Certaines problématiques sont plus susceptibles d'entraîner un risque sérieux de négligence de la part des parents, ou de la personne qui a la garde de l'enfant, parce qu'elles affectent l'exercice de leurs responsabilités envers ce dernier, notamment: l'alcoolisme, la toxicomanie et diverses dépendances; la présence de troubles mentaux importants ou d'une détresse psychologique majeure; une déficience intellectuelle ou l'implication dans des activités criminelles.

1.1.2 Définition clinique

Diverses définitions de la négligence sont proposées dans la littérature. Au sein des différents programmes en négligence implantés au Québec, un certain consensus se dégage autour de la définition de Carl Lacharité et ses collaborateurs (2005)⁹, et qui a été reprise dans le cadre du *Programme national de formation* (PNF)¹⁰. Cette définition de la négligence repose sur une théorie écosystémique de la problématique et c'est celle-ci qui a été retenue pour le programme *Tout un village* :

« 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 ¹¹ ».

⁹ Lacharité, C. et coll. (2005), *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : Nouvelle génération (PAPFC²)*, Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR.

¹⁰ Association des Centres jeunesse du Québec (ACJQ), (2008), *Programme National de Formation, Cahier du participant, compétences spécifiques réseau, module 207 : Intervention auprès des familles en situation de négligence*.

¹¹ Lacharité, C., Fafard, G., Bourrassa, L. et coll. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC²)*, Trois-Rivières, Québec : GRIN/UQTR, p. 20.

L'état de carence ou l'absence de réponse aux besoins se traduit davantage par « une omission de gestes qui sont bénéfiques¹² » que par la présence de pratiques parentales néfastes. La négligence « ce n'est pas ce que l'on fait à un enfant, c'est plutôt ce que l'on ne fait pas¹³ ».

Sous l'angle des besoins fondamentaux de l'enfant, la négligence relève en fait d'une **double perturbation**¹⁴ :

- Une première perturbation se manifeste sur le plan de la relation parent-enfant où le parent ne semble pas avoir ni la disponibilité psychologique ni les connaissances nécessaires pour bien s'occuper de son enfant. Il y a un faible taux d'interactions entre le parent et l'enfant et dans les moments où il y a des interactions, celles-ci sont principalement négatives;
- La seconde perturbation affecte le rapport entre la famille et la collectivité. Le parent se retrouve souvent isolé et cet isolement limite le soutien et les expériences relationnelles alternatives qui permettent de répondre adéquatement aux besoins de l'enfant.

L'issue de cette double perturbation est celle d'un enfant évoluant au sein d'un environnement familial n'ayant pas les ressources nécessaires pour combler adéquatement ses besoins.

Dans une perspective écosystémique, la négligence est dorénavant comprise comme étant une conséquence d'un cumul de facteurs personnels, familiaux et environnementaux, qui fragilisent le développement personnel et relationnel au sein de la famille et au sein de la communauté d'appartenance. Ainsi, « la négligence n'est pas simplement une question de parents négligents¹⁵ ». Elle est également une défaillance de la société, dans ses efforts pour soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle de premiers responsables du bien-être de leur enfant¹⁶. « Dans un nombre substantiel de cas, la négligence a des causes, mais pas nécessairement de coupables¹⁷ ».

¹² Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire (2011), Programme-cadre montréalais en négligence, *La compréhension de la problématique de la négligence*, Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, p.4.

¹³ Association des Centres jeunesse (2010), *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux*, p. 4.

¹⁴ Lacharité, C., Éthier, L. et Nolin, P. (2006), *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*, Bulletin de psychologie, Tome 59 (4).

¹⁵ Lacharité, C., Éthier, L. et Nolin, P. (2006), *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*, Bulletin de psychologie, Tome 59 (4), p.384.

¹⁶ Idem

¹⁷ Idem

1.2 Les formes de négligence ¹⁸

Les différents auteurs répertorient cinq formes de négligence. Elles sont définies à partir de la qualité de réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant :

Négligence physique

Il s'agit de la forme la plus observable de la négligence. Elle touche à :

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

Dans les situations les plus graves, cette forme de négligence est reliée aux articles 38 b) 1 i : Négligence sur le plan physique ou 38 b) 2 : Risque sérieux de négligence, de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Négligence médicale

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

Dans les situations les plus graves, cette forme est reliée aux articles 38 b) 1 ii : Négligence sur le plan de la santé ou 38 b) 2 : Risque sérieux de négligence, de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Négligence éducationnelle

La négligence éducationnelle ou éducative réfère à une situation où il y a omission de procurer à l'enfant l'encadrement nécessaire et les stimuli appropriés à son développement. Il peut s'agir d'une surveillance déficiente (absence des parents du domicile, enfants laissés seuls dans la rue, etc.); de privation d'expériences assurant son bon développement (participation à des activités, loisirs; privation de contacts avec d'autres enfants, d'autres adultes, etc.), ou encore de ne pas prendre les moyens afin d'assurer sa scolarisation.

¹⁸ Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire (2011), Programme-cadre Montréalais en négligence, *La compréhension de la problématique de la négligence*. Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

On entend par scolarisation que l'enfant fréquente une institution scolaire reconnue. S'il en est formellement exempté, il doit recevoir ailleurs une formation académique lui permettant d'acquérir les connaissances et de faire les apprentissages reconnus par les institutions scolaires. Un parent pourrait décider, pour des raisons particulières, de refuser que son enfant aille à l'école. Il ne faut pas croire que le fait de ne pas fréquenter l'école compromet nécessairement le développement intellectuel de l'enfant. La Loi sur l'instruction publique confère aux commissions scolaires le soin d'approuver le programme d'études pouvant dispenser l'enfant de la fréquentation scolaire. Les rôles et responsabilités de chacun des acteurs sont décrits dans la loi (article 15).

Dans les situations les plus graves, cette forme est reliée aux articles 38 b) 1 iii Négligence sur le plan éducatif ou 38 b) 2 : Risque sérieux de négligence, de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Négligence émotionnelle ou affective

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

Cette forme de négligence n'est pas associée à un article de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Négligence communautaire

Elle consiste en une absence ou insuffisance de ressources, de politiques ou de programmes destinés au soutien des enfants et des familles, incluant un manque d'arrimage entre les différents niveaux de service. Cette forme de négligence n'est pas la responsabilité du parent, mais bien celle de la communauté et des pouvoirs politiques. Elle peut se traduire par une absence de programmes d'accès à l'emploi, une présence inégale de ressources adaptées aux besoins selon les territoires, de services de garde dont les heures d'ouverture ne correspondent pas aux horaires atypiques, etc.

Cette forme de négligence n'est pas associée à un article de la Loi sur la protection de la jeunesse.

1.3 La gradation de la négligence : Les types de négligence et le profil des familles¹⁹

La négligence est un phénomène dont l'intensité varie. Un continuum de sévérité et de chronicité, allant de la négligence circonstancielle à la négligence chronique, a été identifié par le Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire²⁰. Ces gradations du continuum nous permettent de fixer des repères pour qualifier l'intensité de la problématique et de mieux comprendre la clientèle. Il importe de noter que les familles évoluent ou régressent et peuvent donc passer d'un type de négligence à un autre.

¹⁹ Inspiré de : Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire. (2011), Programme-cadre Montréalais en négligence, *La compréhension de la problématique de la négligence*, Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Et Centre intégré de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2015). *Programme Élan famille : Intervention en contexte de négligence*, Québec.

²⁰ Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire (2006), *Guide de pratique : Intervention psychosociale en négligence auprès des usagers 6-13 ans*, Beauport, Québec.

FIGURE 1

Gradation de la négligence

Circonstancielle

Chronique



1. Négligence situationnelle

- Les manifestations de la négligence au sein de la famille surviennent à la suite d'un événement perturbateur (ex. : divorce, perte d'emploi, maladie d'un membre de la famille, etc.), qui déséquilibre le fonctionnement familial qui était peut-être fragile auparavant, mais généralement adéquat. Il s'agit des premières manifestations de la négligence;
- Les parents éprouvent de la difficulté à répondre aux besoins de l'enfant, mais ont généralement des ressources personnelles et environnementales pour mettre fin à la situation problématique.

2. Négligence périodique

- La famille a connu des périodes de vie fonctionnelles qui indiquent qu'elle possède des capacités. L'histoire familiale démontre que d'autres périodes de désorganisation sont survenues dans le passé, mais que la famille a retrouvé un fonctionnement équilibré en recevant l'aide et le soutien dont elle avait besoin;
- Il y a des lacunes dans les capacités parentales, mais les membres de la famille possèdent des ressources personnelles et environnementales pour mettre fin à la situation problématique.

3. Négligence récurrente

- Difficultés importantes à plusieurs niveaux;
- Présence de sérieuses lacunes sur le plan des capacités parentales;
- Les figures parentales présentent une faible capacité à modifier la situation, même s'ils expriment un désir de le faire. Toutefois, l'ouverture à l'intervention demeure présente et offre une perspective de changement;
- Plusieurs facteurs de risques individuels, familiaux et environnementaux sont présents;
- Phénomène de négligence connu pouvant avoir des conséquences très sérieuses chez l'enfant.

Il s'agit d'un des deux types de négligence le plus souvent rencontrés chez les familles suivies sous la Loi sur la protection de la jeunesse.

4. Négligence installée (chronique)

- Les figures parentales présentent un cumul de difficultés importantes à plusieurs niveaux (santé mentale, dépendance, déficience intellectuelle, violence, etc.);
- Phénomène de négligence qui persiste depuis plusieurs années, voire depuis plus d'une génération, avec des conséquences importantes pour l'enfant;
- Graves lacunes dans les capacités parentales;
- Les figures parentales présentent peu ou pas de motivation à modifier la situation;
- Le pronostic concernant la diminution des conduites négligentes est plus sombre.

Il s'agit d'un des deux types de négligence le plus souvent rencontrés chez les familles suivies sous la Loi sur la protection de la jeunesse.

1.4 Les facteurs de risque²¹

Les facteurs de risque sont des éléments qui augmentent la probabilité que la négligence se produise. Les facteurs associés à la négligence sont généralement regroupés en trois catégories de conditions selon la littérature: les conditions associées aux caractéristiques du contexte de vie de la famille, celles associées aux caractéristiques des parents²² et celles associées aux caractéristiques des enfants. Un facteur à lui seul explique rarement la négligence. Le cumul des facteurs de risque et l'interaction entre eux sont associés à la sévérité de la situation.

1. Les conditions associées aux caractéristiques du contexte de vie de la famille :

- ✚ Faible soutien social
- ✚ Isolement social
- ✚ Faible revenu
- ✚ Monoparentalité
- ✚ Quartier défavorisé
- ✚ Violence conjugale

²¹ Lacharité, C., Éthier, L. et Nolin, P. (2006), *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*, Bulletin de psychologie, Tome 59 (4). Et Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire (2011), Programme-cadre montréalais en négligence, *La compréhension de la problématique de la négligence*, Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Et Petitpas, J., Pausé, R., Albert, J., Julien C. (2016), *Recension des écrits sur les facteurs de risque associés à la négligence parentale, sur les conséquences possibles sur les enfants et les interventions*, révisé juillet 2019, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Université Laval, CRUJEF.

²² Lorsque le terme « parent » est utilisé dans le présent guide, il fait également référence aux principales figures parentales.

- ✚ Faibles ressources collectives (ressources communautaires pauvres ou inexistantes, accessibilité difficile ou non abordable à des soins de santé et à des services sociaux, absence de réseau de transport, faiblesse du réseau de télécommunication)
- ✚ Cumul de sources stress liés à la vie quotidienne, aux événements, à l'environnement, etc.
- ✚ Manque d'accès aux soins médicaux et aux services sociaux

2. Les conditions associées aux caractéristiques des parents telles :

- ✚ Grossesse non planifiée
- ✚ Problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, trouble de la personnalité)
- ✚ Toxicomanie, alcoolisme
- ✚ Habiletés sociales déficitaires (impulsivité, immaturité, méfiance, faible estime de soi)
- ✚ Faibles habiletés de résolution de problèmes (déficits cognitifs, retard ou déficience intellectuelle)
- ✚ Histoire d'abus, de traumatismes non résolus et/ou de maltraitance dans l'enfance
- ✚ Absence d'emploi
- ✚ Faible scolarité
- ✚ Criminalité
- ✚ Manque de connaissances sur le développement de l'enfant
- ✚ Perception négative de l'enfant, attentes irréalistes et inappropriées à son égard
- ✚ Mauvaise interprétation des signaux de l'enfant
- ✚ L'âge des parents est un facteur qui fait l'objet de résultats contradictoires dans les études²³, ce qui indique la présence probable d'effets modérateurs qui interagissent avec l'âge du parent.

« Les parents ayant vécu de mauvais traitements ou de la négligence durant l'enfance rencontrent souvent plus de difficultés dans l'exercice de leur rôle parental que les parents sans histoire traumatique. Nous constatons que de tenir compte des effets du trauma vécu par les parents dans leur propre histoire constitue une pierre angulaire de la prévention²⁴ ».

²³ Lacharité, C., Éthier, L. et Nolin, P. (2006), *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*, Bulletin de psychologie, Tome 59 (4), p.388.

²⁴ Gouvernement du Québec (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, [En ligne], Résumé du rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, p. 25.

3. Les conditions associées aux caractéristiques des enfants :

- ✚ Naissance prématurée
- ✚ Problèmes de santé ou besoins spéciaux
- ✚ Enfant présentant un tempérament difficile ou perçu comme étant difficile par le parent
- ✚ Problèmes de comportement
- ✚ Difficultés d'apprentissage
- ✚ Handicap physique ou retard développemental
- ✚ Déficience intellectuelle

1.5 Les facteurs de protection

« Les interventions offertes aux familles doivent considérer conjointement leurs forces et leurs faiblesses, puisque la négligence résulte d'une interaction complexe entre les facteurs de risque et les facteurs de protection ²⁵ ».

Les facteurs de protection sont diverses caractéristiques ou conditions qui protègent et contribuent à réduire les impacts des facteurs de risque sur l'enfant et la famille. Les écrits sur la problématique de la négligence insistent sur le fait qu'il est nécessaire de travailler à partir des forces des individus et de la famille puisque ces facteurs constituent des leviers auxquels il faut s'adresser dans l'intervention. L'identification des facteurs de protection de la famille s'avère essentielle.

Les facteurs de protection suivants ne sont pas exhaustifs, mais ils représentent les facteurs reconnus par plusieurs auteurs dans la littérature sur la négligence²⁶.

Caractéristiques de l'enfant :

- ✚ Bonnes habiletés sociales
- ✚ Tempérament facile
- ✚ Bonne santé physique générale
- ✚ Absence de handicap physique ou de retard de développement
- ✚ Relations avec les pairs positives
- ✚ Relations harmonieuses avec des adultes significatifs et avec des pairs

²⁵ Brousseau, M. (2012). *Interventions et programmes en contexte de négligence : Évolution et défis de l'intervention auprès des familles*, [En ligne] *Enfances, Familles, Générations*, (16), p. 103.

²⁶ Petitpas, J., Pautz, R., Albert, J., Julien C. (2016), *Recension des écrits sur les facteurs de risque associés à la négligence parentale, sur les conséquences possibles sur les enfants et les interventions*, révisé en juillet 2019, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Université Laval, CRUJE, p.26-35. Et Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire. (2011), *Programme-cadre montréalais en négligence. La compréhension de la problématique de la négligence*. Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, p.14-15. Et DePanfilis, D. (2006), *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*, U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's bureau. Et Institut national de santé publique du Québec (2014), *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants, État des connaissances*, Québec.

- + Sens de l'humour
- + Autonomie
- + Représentation de soi positive
- + Capacité d'adaptation
- + Implication et succès scolaire

Caractéristiques du parent et de la famille :

- + Attachement sécurisant du parent lui-même
- + Capacité d'adaptation et de planification
- + Sentiment de compétence parentale
- + Sensibilité aux besoins de l'enfant
- + Réseau de soutien social informel et formel
- + Bonne estime de soi
- + Capacité d'introspection
- + Bonne santé physique et mentale
- + Autonomie et habiletés sociales
- + Ouverture à recevoir de l'aide
- + Cohésion familiale
- + Pratiques éducatives positives
- + Soutien émotionnel entre les membres de la famille
- + Revenu familial suffisant

Caractéristiques de l'environnement :

- + Disponibilité et accessibilité aux soins et services
- + Ressources communautaires
- + Moyens de transport collectif ou individuel
- + Logements abordables
- + Programme de soutien parental
- + Présence d'un ou plusieurs individus significatifs et positifs dans la vie de l'enfant (dans la parenté ou à l'extérieur)

1.6 Les impacts de la négligence sur l'enfant

« La négligence semble la forme de mauvais traitements qui entraînent les conséquences les plus sérieuses pour l'enfant²⁷ ».

La négligence a de nombreux impacts sur l'enfant. Ses conséquences sont variables, mais toujours importantes et elles se manifestent principalement dans quatre domaines²⁸ :

1. L'augmentation des risques de mortalité ou de morbidité sur le plan physique :

Imputables à des événements isolés tels: la noyade, la suffocation, l'empoisonnement, les chutes, alors que l'enfant est laissé sans surveillance, l'exposition prénatale à l'alcool ou à d'autres psychotropes, les retards de croissance (causés par la malnutrition) et les lésions et dommages cérébraux causés par des accidents ou par l'absence de soins médicaux.

2. 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.

3. Une restriction importante des occasions normatives de développement cognitif, affectif et social de l'enfant (activités à l'extérieur du milieu de vie) :

La négligence vient réduire les occasions de participation de l'enfant à une variété d'activités sociales et éducatives qui contribueraient à soutenir son développement et même à jouer un rôle compensatoire par rapport aux lacunes des figures parentales.

4. Des séquelles développementales dans les sphères suivantes:

- Le fonctionnement sensoriel et neurocognitif;
- L'engagement social mutuel et la communication;
- L'expression et la régulation des affects;
- L'attachement et les représentations de soi et des autres.

²⁷ Lacharité, C., Fafard, G., Bourrassa, L. et coll. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC²)*, Trois-Rivières, Québec : GRIN/UQTR, p.23.

²⁸ Lacharité, C., Éthier, L. et Nolin, P. (2006), *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*, Bulletin de psychologie, Tome 59(4), 381-394.

1.6.1 Le traumatisme complexe

Des réactions de traumatisme complexe sont observées chez les enfants qui ont été exposés à des événements traumatiques multiples dans la relation avec leurs figures parentales²⁹. Le traumatisme complexe est « l'exposition répétée ou prolongée à des agents traumatisants, impliquant un tort direct, l'abandon ou de la négligence de la part des figures de soins ou d'adultes responsables, survenant au cours de périodes clés du développement et risquant de compromettre sérieusement le développement de l'enfant³⁰ ». L'abus émotionnel, la négligence, l'agression sexuelle, les sévices physiques et la violence conjugale sont considérés comme des événements qui peuvent engendrer un traumatisme complexe³¹. Depuis quelques années, le caractère traumatique de la négligence est de plus en plus reconnu.

En effet, en contexte de négligence, l'absence de soins parentaux adéquats et de façon générale, la faible qualité de la relation d'attachement parent-enfant, favoriseraient le risque de développer des manifestations traumatiques et un traumatisme complexe³².

Des interactions parents-enfant particulièrement dysfonctionnelles (conduites intrusives ou menaçantes à l'égard de l'enfant, comportements imprévisibles); le fait de ne pas avoir accès à un parent disponible ou réconfortant ; d'être laissé seul et un environnement chaotique, peuvent entraîner un sentiment de stress intense chez l'enfant, une peur de l'abandon et un fort sentiment d'impuissance pouvant être vécus de manière très traumatisante. Alors qu'un enfant utilise habituellement sa figure d'attachement comme base de sécurité pour réguler ses états de stress, celui-ci fait face à un conflit où sa figure d'attachement est la fois source de réconfort et source de menace, puisque le parent induit lui-même un état de stress chez l'enfant. Ceci le laisse sans possibilité réelle de retrouver la sécurité affective³³. L'enfant étant en constant développement, il est particulièrement vulnérable aux effets du stress prolongé.

²⁹ Centre jeunesse de la Montérégie (2010), *Ensembles pour les familles : Programme d'intervention en négligence*, Direction des services professionnels.

³⁰ Milot T., Ethier, L.S., St-Laurent, D., Provost M. (2011), *Le traumatisme complexe et les relations d'attachement en contexte de négligence*. Revue Québécoise de psychologie, 32(2), p.86.

³¹ Éthier, L.S., Nolin, P., Adam, D., Bourassa, L., Simard, I. (2010), *Le Programme ETRE : Contrer les effets des traumatismes relationnels chez les enfants*. Dans Lafortune, D., Cousineau, M-M., Tremblay, C. (dir.), *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, p.199-220.

³² Milot T., Ethier, L.S., St-Laurent, D., Provost M. (2011), *Le traumatisme complexe et les relations d'attachement en contexte de négligence*, Revue Québécoise de psychologie, 32(2), 79-99.

³³ Idem

Le traumatisme complexe est considéré comme un trauma développemental, au sens où le développement normal de l'enfant est fortement altéré. Les conséquences développementales du traumatisme complexe sont multiples et risquent de perdurer tout au long de la vie compte tenu des personnes impliquées (figures d'attachement) et de la très grande vulnérabilité de l'enfant.

Sept domaines distincts de perturbation ont été identifiés chez les enfants aux prises avec un traumatisme complexe³⁴ : l'attachement, la sphère biologique, la régulation des émotions, la dissociation, la régulation des comportements, le développement cognitif et le concept de soi.

Le tableau suivant présente ces domaines de perturbations ainsi que les conséquences sur le développement de l'enfant.

³⁴ Inspiré de Cook, A., et al. (2005), *Complex trauma in children and adolescents*, Psychiatric Annals, 35(5), 390-398. Et Centre jeunesse de la Montérégie (2010), *Ensembles pour les familles : Programme d'intervention en négligence*, Direction des services professionnels, p.42.

TABLEAU 1**Traumatisme complexe et conséquences sur le développement de l'enfant³⁵**

Domaines de perturbation	Conséquences
Attachement	Le fait d'être laissé seul, de ne pas avoir accès à un parent disponible émotivement, de faire face à un parent qui se montre hostile, abusif ou qui suscite le rejet, provoque chez l'enfant un stress intense, une peur de l'abandon ou encore un sentiment d'impuissance, qui est source de traumatisme. Ceci favorise l'émergence d'un attachement de type insécurisant et plus particulièrement d'un attachement désorganisé. L'enfant enregistre la vision d'un monde imprévisible et hostile, qui engendre des difficultés sur le plan social et relationnel, de la méfiance envers autrui, de la difficulté à adopter la perspective d'autrui, à gérer le stress, ainsi qu'une difficulté à établir des frontières.
Sphère biologique	Le trauma interfère avec le développement des hémisphères droit et gauche, entraînant une difficulté pour l'enfant d'accéder à la pensée rationnelle face aux situations suscitant des émotions intenses. Ils sont ainsi enclins à adopter des réactions d'impuissance, de retrait, de confusion ou de rage en situation de stress. Des déficits au niveau du développement sensorimoteur, de la coordination, de l'équilibre et du tonus, de la somatisation (maux de tête, de ventre, énurésie, encoprésie) et la présence accrue de divers problèmes médicaux (problèmes de peau, asthme, maladies auto-immunes) sont également observés chez ces enfants.
Régulation des émotions	Lorsque l'enfant est confronté à des modèles de comportements et d'affects incohérents de la part de sa figure d'attachement (ex. : une expression souriante associée à un comportement de rejet) ou à des réponses incohérentes à une expression d'émotion (ex. : l'expression de la détresse de l'enfant est répondue par de la colère ou du rejet), il risque d'éprouver par la suite de la difficulté à reconnaître ses différents états émotifs, à exprimer ses émotions, à s'autoréguler et à s'apaiser. La carence dans les soins peut entraîner de la dissociation, de la dépression, un évitement des situations émotionnelles (y compris les expériences positives), de même que des stratégies d'adaptation inadaptées pour composer avec ses émotions (ex. : abus de substances).

³⁵ Inspiré de Cook, A., et al. (2005), *Complex trauma in children and adolescents*, Psychiatric Annals, 35(5), 390-398. Et Centre jeunesse de la Montérégie (2010), *Ensembles pour les familles : Programme d'intervention en négligence*, Direction des services professionnels, p.42

<p>Dissociation</p>	<p>La dissociation est reconnue comme un important mécanisme impliqué dans la réaction traumatique. Elle se présente comme une incapacité à intégrer sur le plan perceptuel de la mémoire et de l'identité, les expériences vécues très tôt dans des contextes de stress intense. Les différents éléments demeurent fragmentés. On peut retrouver : une pensée sans affect, une émotion sans cognition, une sensation corporelle sans conscience, un comportement sans conscience.</p> <p>La dissociation est un mécanisme de protection dont le cerveau dispose pour mieux assurer la survie de l'individu dans un contexte d'exposition traumatique. Ceci peut avoir un impact à long terme sur la capacité de la personne à investir réellement ses activités quotidiennes et affecter par le fait même sa disponibilité aux apprentissages et au développement de relations sociales.</p>
<p>Régulation des comportements</p>	<p>Chez les enfants exposés au trauma complexe, on observe souvent des difficultés au niveau du contrôle des impulsions, des comportements d'opposition et d'agressivité ou à l'inverse d'obéissance excessive, des difficultés à comprendre les règles et à se conformer, des comportements d'autodestruction et des troubles alimentaires.</p>
<p>Développement cognitif</p>	<p>Les effets du trauma complexe sur le cerveau en développement de l'enfant peuvent entraîner l'altération du fonctionnement cognitif au niveau de la mémoire, de la capacité attentionnelle, de la concentration, du développement du langage, de la résolution de problèmes et du raisonnement abstrait.</p>
<p>Concept de soi</p>	<p>L'exposition à une figure d'attachement qui maltraite, dénigre et omet de protéger ou de prendre soin de l'enfant, risque d'avoir un impact important sur l'évaluation que celui-ci se fait de sa propre valeur. Ces expériences sont susceptibles d'entraîner chez celui-ci une tendance à se sentir impuissant, incompetent, peu aimable et à avoir une faible estime de lui-même.</p>

On reconnaît de plus en plus le caractère traumatique de la négligence. Les recherches révèlent le rôle central joué par les relations parent-enfant et l'importance d'agir à ce niveau. Ainsi, compte tenu de l'environnement dans lequel plusieurs enfants négligés grandissent (interactions parent(s)-enfant dysfonctionnelles), l'établissement d'un climat de sécurité affective constitue une étape cruciale au traitement des enfants traumatisés³⁶. Cela se traduit notamment par le développement des capacités du milieu à offrir à l'enfant un environnement sécuritaire et sécurisant, par le développement des capacités du parent à gérer ses propres affects et à offrir à l'enfant un soutien affectif.

³⁶ Milot T., Ethier, L.S., St-Laurent, D., Provost M. (2011), *Le traumatisme complexe et les relations d'attachement en contexte de négligence*, Revue Québécoise de psychologie, 32(2), 79-99.

Section 2 – Les assises du programme *Tout un Village*



2 Les assises du programme

Le nom ***Tout un village*** a été retenu afin de refléter le sens et l'esprit du programme. Un proverbe sénégalais largement utilisé lorsque l'on parle du bien-être des enfants stipule que « Ça prend tout un village pour élever un enfant ». Bien que les parents soient les premiers responsables de la réponse aux besoins de l'enfant, ils ont eux-mêmes besoin d'être soutenus dans leurs rôles parentaux. Si la famille est nécessaire à l'enfant, elle ne suffit pas à elle seule à garantir le plein épanouissement de son potentiel. Un village, c'est en fait un ensemble de personnes bienveillantes qui se porte garant du bien-être des enfants et qui assure une certaine vigie collective à leur bon développement. Le rôle du village n'est pas de se substituer aux parents, mais de les soutenir dans leur fonction auprès de l'enfant.

2.1 Les orientations ministérielles

En cohérence avec la vision du ministère de la Santé et des Services sociaux, le programme ***Tout un village*** s'appuie sur les balises encadrant le déploiement des programmes d'intervention en négligence émises dans les **Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté 2007-2012**³⁷ (prolongé jusqu'en 2015). Ce document stipule que le programme destiné aux familles d'enfants de 0 à 12 ans doit :

- ✚ Être composé d'un ensemble d'interventions multidimensionnelles, diversifiées, constantes et de longue durée (autour de 2 ans), auprès des parents négligents et de leurs enfants;
- ✚ Être axé sur une approche interdisciplinaire et intersectorielle;
- ✚ Être donné conjointement par le CSSS et le Centre jeunesse;
- ✚ Être basé sur des approches et des programmes d'intervention reconnus efficaces;
- ✚ Offrir des interventions qui couvrent les besoins individuels des enfants et des parents ainsi que ceux qui sont liés à l'exercice du rôle parental;
- ✚ Favoriser une plus grande collaboration entre les différents partenaires (CSSS-CJ-communauté-parents).

³⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007), *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté : Offre de service 2007-2012*, Québec : La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, fiche 4.

2.2 L'approche écosystémique

Le programme TUV repose sur une approche écosystémique de la négligence, qui postule qu'il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble du contexte dans lequel évoluent les enfants et les familles pour comprendre la situation et déterminer les cibles d'intervention. Le modèle écosystémique prend en compte l'interdépendance et l'interaction entre l'enfant, sa famille et leurs milieux de vie d'appartenance.

« L'écosystémie consiste à prendre en compte l'enfant, sa famille et la communauté (y compris les services éducatifs qu'il fréquente) dans une relation dynamique où l'influence est réciproque. C'est par des relations négociées entre ces environnements qu'il est possible de maximiser les bienfaits des actions menées pour soutenir le développement des jeunes enfants³⁸ ».

2.3 L'Initiative Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et de leur Sécurité (AIDES) et son cadre d'analyse écosystémique des besoins de l'enfant

Tout un village s'appuie sur l'approche d'intervention promue par **AIDES**. Il s'agit d'une innovation sociale québécoise qui s'adresse aux enfants âgés entre 0 et 17 ans et à leur famille, qui vivent dans un contexte de vulnérabilité et reçoivent des services de plusieurs acteurs. Cette pratique d'intervention vise la cohérence des actions autour des besoins des enfants, en prenant en compte leur point de vue (lorsque l'âge et le niveau de développement le permettent) et celui de leurs parents.

AIDES mise sur une approche participative, la centration sur les besoins de l'enfant, la mise en place d'actions et de services concertés, cohérents et complémentaires qui répondent aux besoins de l'enfant et de ses parents, le développement d'une vision et d'un langage commun dans la lecture et la réponse aux besoins de développement l'enfant à l'aide d'un cadre d'analyse commun, ainsi que sur la responsabilité collective de la sécurité, du bien-être et du développement optimal de l'enfant.

³⁸ Ministère de la Famille (avec la collaboration du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et du ministère de la Santé et des Services sociaux) (2014). *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : Une vision partagée pour des interventions concertées*, [En ligne], Québec, p.17.

AIDES a traduit et adapté au contexte québécois le cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants³⁹ ayant été développé en Grande-Bretagne (*Framework for the Assessment for Children in Need and their Families*). Ce cadre d'analyse, fondé sur des données probantes, est utilisé comme outil pour soutenir l'analyse écosystémique des besoins de l'enfant dans le cadre du programme. Une description plus détaillée du cadre de référence écosystémique se retrouve à la section 4 du processus clinique du programme, de même que son illustration en plus grande taille.



© Initiative AIDES-2012

Le cadre est centré sur le développement des enfants et leurs besoins ainsi que sur le contexte dans lequel ils grandissent. Il fournit des repères clairs et communs à toutes les personnes concernées par l'enfant, structure et organise les observations et facilite la planification des actions.

³⁹ Chamberland, C. et coll. (2012), *Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants*, Guide de soutien pratique.

2.4 Les autres programmes d'intervention en négligence

Tout un village s'appuie sur les connaissances actuelles et les pratiques gagnantes en matière de négligence répertoriées dans la littérature. Le *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, nouvelle génération (PAPFC 2)*⁴⁰, élaboré par des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières, est actuellement le seul programme d'intervention reconnu efficace en matière de négligence. Le programme *TUV* s'appuie sur plusieurs de ses fondements.

Des programmes d'autres régions ont également inspiré l'élaboration et la rédaction du programme *TUV*. Les références à ces derniers se retrouvent tout au cours du guide. Les principales sources d'inspiration sont les programmes : Alliance⁴¹, Ma famille, mes racines : s'unir pour grandir⁴², CADOE⁴³, PIILE⁴⁴ et Ensemble pour les familles⁴⁵.

⁴⁰ Lacharité, C., Fafard, G., Bourrassa, L. et coll. (2005), *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC²)*, Trois-Rivières, Québec : GRIN/UQTR.

⁴¹ Young, S. (2012), *Programme cadre montréalais en négligence : Alliance*, Collaboration du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Centre jeunesse et de la famille Batshaw, Centres de santé services sociaux de la région de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

⁴² Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (2020), *Ma famille, mes racines : s'unir pour grandir, Programme d'intervention en négligence 0-12 ans première édition*, Québec.

⁴³ Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (2013), *Cadre de référence régional : Programme CADOE, Collectivement Agir pour le Développement Optimal des enfants : Programme de services intégrés en négligence en Chaudière-Appalaches*, Sainte-Marie, Québec.

⁴⁴ Centre de santé et services sociaux de Laval et Centre jeunesse de Laval (2014), *PIILE : programme d'interventions intégrées Lavallois pour les enfants*, Guide du programme d'intervention en négligence, Laval, Québec.

⁴⁵ Centre jeunesse de la Montérégie (2010), *Ensembles pour les familles : Programme d'intervention en négligence*, Direction des services professionnels.

Section 3 – Les paramètres du programme

Tout un Village



3 Les paramètres du programme

3.1 But du programme

Offrir un ensemble de services et un accompagnement concerté aux familles qui vivent dans un contexte de négligence, afin de permettre une meilleure réponse des figures parentales aux besoins fondamentaux de l'enfant et ainsi diminuer les effets marqués de la négligence sur son développement.

3.2 Objectifs

Les objectifs du programme d'intervention en négligence TUV sont:

- ✚ Développer ou restaurer les habiletés ou les compétences liées à l'exercice du rôle parental et diminuer le stress parental;
- ✚ Soutenir la réponse aux besoins de l'enfant dans les différents milieux de vie qu'il fréquente par les différents acteurs du réseau;
- ✚ Favoriser les conduites responsables et la sensibilité des figures parentales à l'égard des besoins de leur enfant;
- ✚ Développer auprès des figures parentales, le soutien social nécessaire à l'exercice de leurs responsabilités auprès de leur enfant;
- ✚ Augmenter la disponibilité psychologique des figures parentales;
- ✚ Favoriser l'intégration sociale des familles au sein de leur communauté;
- ✚ Prévenir les situations pouvant mener à la compromission ou au risque de compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant;
- ✚ Diminuer le recours au placement de l'enfant vivant dans un contexte de négligence;
- ✚ Éviter la transmission intergénérationnelle du contexte de la négligence.

3.3 Clientèle visée

Afin de bien cibler les familles qui bénéficieront du programme, des critères d'admissibilité sont établis. Ces critères s'appliquent tant à la clientèle suivie en vertu de la LSSSS que la clientèle suivie en vertu de la LPJ.

3.4 Critères d'admissibilité

Le programme s'adresse aux enfants âgés de 0 à 12 ans, ainsi qu'à leur famille, qui présentent les caractéristiques suivantes :

- ✚ Vivent une situation de négligence périodique, récurrente ou installée/chronique⁴⁶;

⁴⁶ Les niveaux 2, 3 et 4 de la gradation de la négligence illustrés à la figure 1.

- ✚ Il n'y a pas urgence d'agir pour prévenir un placement et les services pourraient se déployer sur une période allant jusqu'à 24 mois;
- ✚ La négligence est la problématique majeure associée ou non à d'autres problématiques;
- ✚ La sécurité et/ou le développement de l'enfant sont considérés comme étant préoccupants ou compromis pour des motifs de négligence, en vertu de l'article 38 b) 1°i-ii-iii ou 38 b) 2° de la LPJ⁴⁷.
- ✚ Les figures parentales consentent de manière libre et éclairée, à l'offre de service du programme *Tout un village*. Néanmoins, pour les enfants et les familles suivies en vertu de la LPJ, l'offre de service clinique du programme TUV peut correspondre aux besoins des enfants et des familles sans que ceux-ci aient explicitement consenti à participer au programme TUV. Ils pourraient donc être inscrits à ce programme;
- ✚ Les figures parentales présentent une reconnaissance, une motivation et une mobilisation minimale à modifier la situation;
- ✚ L'enfant vit dans son milieu familial ou est placé temporairement dans un milieu substitut et le retour dans sa famille est envisageable.

3.5 Autres facteurs permettant de mieux repérer la clientèle admissible

Des caractéristiques de la clientèle cible découlent d'autres facteurs permettant de mieux identifier les familles pouvant bénéficier du programme TUV :

- ✚ Présence d'un historique de signalements multiples auprès de la Direction de la protection de la jeunesse ou de placements;
- ✚ Présence de difficultés multiples et persistantes dans plusieurs dimensions personnelles chez le(s) figure(s) parentale(s) (santé mentale, problème de santé physique, toxicomanie, isolement social, violence conjugale, etc.);
- ✚ Présence de retards de développement, des problèmes de comportement ou des difficultés d'adaptation chez l'enfant;
- ✚ Présence de facteurs de risque élevés au sein de la famille et peu de facteurs de protection;
- ✚ Histoire intergénérationnelle de négligence;
- ✚ Difficultés des figures parentales à saisir les besoins de l'enfant.

Ces autres facteurs d'identification visent à mieux repérer la clientèle et à s'assurer que le programme TUV est le bon service à offrir au bon moment à la famille.

⁴⁷ Protection de la jeunesse (2007) — L.R.Q., C.P-34.1, p.14.

3.6 Le continuum de services en négligence

Les familles vivant dans un contexte de négligence doivent pouvoir bénéficier de diverses activités, programmes et services, correspondant à leurs besoins. Différents niveaux de besoins requièrent différents niveaux d'intervention. Les services jeunesse intégrés assurent les fonctions **de promotion** de la croissance et du développement des enfants, des jeunes et des familles; **de prévention** des problèmes psychosociaux et de santé; **d'évaluation**; **de traitement** de ces problèmes et **de protection** des enfants et des jeunes.

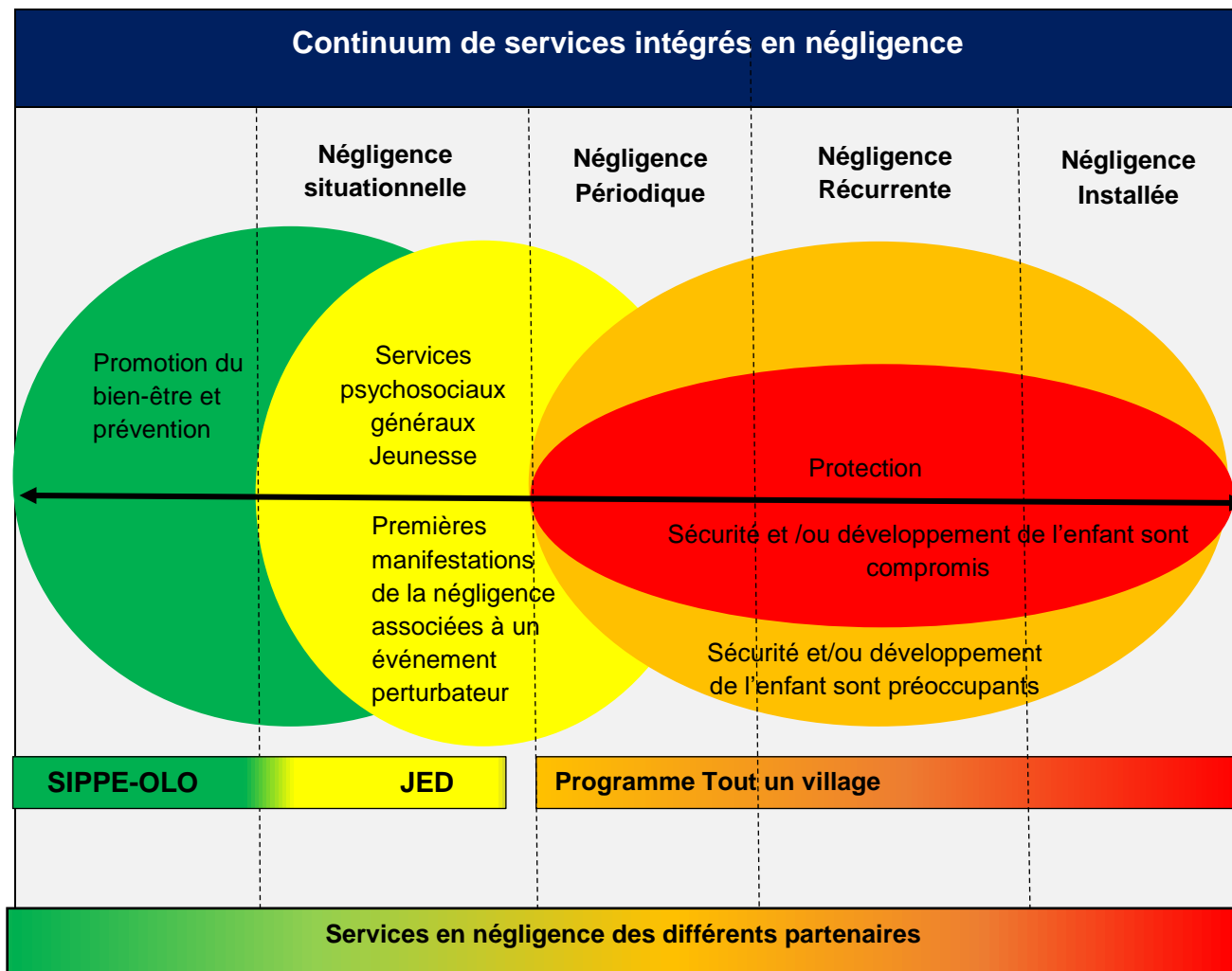
L'offre de service du CISSS de Lanaudière et celle des partenaires régionaux doivent s'intégrer et se coordonner afin d'offrir des services complémentaires adaptés et variés pour les familles. Le programme **Tout un village** fait partie du programme-services *Jeunes en difficulté* (JED) et est complémentaire aux autres services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux en matière de négligence.

L'identification précoce de situations de négligence, de même que les activités de promotion et de prévention qui s'y rattachent doivent être à l'avant-plan et demeurer une préoccupation constante chez tous les acteurs agissant auprès des familles vulnérables. Les partenaires régionaux ont un rôle fort important à ce niveau, tout comme dans la mise en œuvre du programme **TUV**, si l'on souhaite des actions qui soient efficaces auprès des enfants et des familles les plus vulnérables. C'est l'ensemble des services du continuum qui permettra de contrer efficacement la négligence.

Tous les partenaires doivent avoir une compréhension commune de la situation de l'enfant et de sa famille (lecture commune des besoins), afin de mettre en œuvre **des actions qui soient intégrées, concrètes et coordonnées** pour répondre aux besoins de l'enfant et sa famille.

La figure suivante permet de situer le continuum de services en négligence :

FIGURE 2



Dans Lanaudière, les services offerts aux enfants et familles vivant en contexte de négligence, sont variés et peuvent être actualisés tant par le CISSS de Lanaudière que par divers partenaires du réseau, à différents niveaux de gravité. Voici quelques exemples de programmes-services offerts par des partenaires-clés de la trajectoire en négligence :

Offre de service de partenaires du réseau territorial de services (RTS) de Lanaudière :

La Table Régionale des Organismes Communautaires Famille de Lanaudière (TROCFL) :

Favorise la communication et le partage des savoirs entre les différents organismes communautaires famille de Lanaudière (OCFL), de façon que chacun puisse profiter des expériences des autres et ainsi améliorer les services à la famille.

Le Centre de pédiatrie sociale en communauté de Lanaudière (CPSCL) :

Accueille et soutient les enfants de 0 à 14 ans et leurs familles, en situation de grande vulnérabilité. Il assure le mieux-être et le développement optimal des enfants, dans le respect et la promotion de leurs droits et de leurs intérêts. Une équipe multidisciplinaire offre des services sociaux et médicaux et travaille avec les membres de la famille et de la communauté dans une approche de non-jugement. La pédiatrie sociale en communauté est basée sur une approche de soins intégrés centrée sur les besoins, intérêts et forces de l'enfant. Ce modèle de médecine globale intégrée donne une place centrale à l'enfant, à sa famille et à son réseau social. Le CPSCL possède deux points de services dans Lanaudière, soit Joliette et Chertsey. Afin d'accéder aux services, l'enfant doit demeurer sur le territoire des MRC de Joliette ou de Matawinie-Ouest.

L'Association Carrefour Famille Montcalm (ACFM) :

Offre des services de supervision de droits d'accès (SDA) qui incluent la visite supervisée ainsi que les échanges de garde supervisés. Ces services peuvent être utilisés à la suite d'une ordonnance de la Cour Supérieure ou de la Cour du Québec (Chambre de la jeunesse ou chambre criminelle et pénale), ou encore dans le cadre d'une entente entre les parents. On y offre également plusieurs ateliers parents-enfants pour le groupe d'âge 0-5 ans, qui portent sur le développement de l'enfant, le lien d'attachement, la communication, la discipline et la stimulation, ainsi que des ateliers de jeux parents-enfants. Des groupes parents sont également offerts afin de briser l'isolement. Un service de halte-garderie est disponible gratuitement pour les membres qui participent aux ateliers.

Les autres ressources communautaires et organismes à but non lucratif du réseau territorial :

L'apport des nombreux organismes communautaires et sans but lucratif est essentiel. Ces derniers offrent une gamme de services de soutien aux familles. En raison de leurs compétences dans de multiples champs d'intervention, ils jouent un rôle de premier plan auprès des familles en difficulté (ex : La Société de Saint-Vincent-de-Paul, Fin à la faim, Regard en Elle, Mitas, La lueur du phare de Lanaudière, La Maison Oxygène, etc.).

Les Centres de la petite enfance (CPE) :

Offrent un milieu éducatif stimulant aux enfants et constituent des partenaires privilégiés afin d'offrir des services adaptés tant à l'enfant qu'à sa famille. Les CPE appuient leurs interventions sur le programme éducatif proposé par le ministère de la Famille. Leurs actions ont une portée à la fois éducative, sociale et communautaire.

Le milieu scolaire :

Les directeurs d'école, les enseignants, les professionnels non enseignants et le personnel de soutien dispensent des services éducatifs visant à instruire, socialiser et développer le plein potentiel de l'enfant. Une gamme de services professionnels est accessible pour dépister et agir de façon spécifique sur certains retards qui ont pu être causés par la négligence. Le service de garde, l'aide aux devoirs et les activités parascolaires peuvent aider face au manque de stimulation et d'encadrement dans le milieu de vie.

Programmes-services de proximité⁴⁸ offerts par le CISSS de Lanaudière :

L'Info-Social 811 :

Guichet d'accès populationnel qui est la porte d'entrée unique pour tous les services psychosociaux du CISSS de Lanaudière. Chaque demande est analysée et orientée vers le service ou le programme répondant le mieux à la situation de l'individu.

L'Accès jeunesse (AJ) :

Guichet d'accès spécifique qui est réservé aux partenaires souhaitant référer des enfants de moins de 18 ans et leur famille nécessitant des services de nature psychosociale. L'analyse des besoins permet une orientation vers le bon programme-service.

Les services du programme Jeunes en difficulté (JED) 0-5 ans :

Interventions auprès des enfants âgés entre 0 et 5 ans, aux prises avec des difficultés développementales ou comportementales, dont le besoin d'accompagnement a été formulé par le parent ou son représentant légal. Les problématiques ciblées peuvent être la relation parent-enfant, les difficultés comportementales, les habiletés parentales, etc. Les interventions sont offertes sous forme de rencontres individuelles, familiales ou de groupe.

Parents engagés:

Intervention familiale de courte durée (10 rencontres), basée sur l'approche orientée vers les solutions. Le processus clinique contient, entre autres, trois capsules

⁴⁸ La désignation « services de proximité » réfère aux services offerts par les CISSS, communément appelés les services de 1^{re} ligne. Ce terme sera utilisé tout au long du présent guide.

parentales de groupe obligatoires qui abordent le développement global de l'enfant âgé jusqu'à 5 ans, son encadrement, ainsi que les stratégies parentales gagnantes.

Le programme OLo (œuf, lait, orange) :

Vise à favoriser la naissance de bébés en santé, en aidant les femmes enceintes qui vivent avec un faible revenu, à bien s'alimenter. Les femmes enceintes reçoivent un suivi personnalisé et une aide concrète par la remise de multivitamines prénatales et de coupons échangeables contre des aliments (œufs, lait, légumes surgelés). Afin que leur famille adopte de saines habitudes alimentaires, elles reçoivent également des outils éducatifs et des conseils professionnels pour encourager les trois comportements suivants : bien manger, cuisiner, manger en famille.

Les services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) :

Visent à soutenir la santé et le développement des jeunes enfants dès la 12^e semaine de grossesse jusqu'à l'entrée à l'école. Les objectifs consistent à : améliorer l'état de santé des bébés à naître, des enfants, des femmes enceintes et des parents, se trouvant dans une situation de vulnérabilité; favoriser le développement optimal des enfants et améliorer leurs conditions de vie. Les SIPPE s'inscrivent dans le continuum d'intervention en promotion et en prévention de la santé pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Les services du programme JED 6-18 ans :

Interventions permettant de soutenir les familles vivant des problèmes psychosociaux transitoires ou temporaires. Une aide est apportée aux parents dans l'exercice de leur rôle et dans le développement de méthodes éducatives adaptées. L'enfant est également soutenu dans son développement et dans son adaptation à des situations problématiques. Les interventions sont offertes sous forme de rencontres individuelles, familiales ou de groupe.

- ✓ **Groupe EMOJI :**

S'adresse aux enfants de 12 à 17 ans et a pour objectif de développer les bases d'une saine gestion des émotions en s'appuyant sur l'approche cognitivocomportementale.

- ✓ **Groupe de gestion de l'anxiété chez l'enfant « ZEN » :**

S'adresse aux enfants de 9 à 12 ans et a pour objectifs de permettre à l'enfant et ses parents de mieux comprendre et reconnaître les manifestations et les impacts de l'anxiété chez l'enfant; de permettre à l'enfant de développer des stratégies de gestion de l'anxiété et d'améliorer ses capacités adaptatives dans les situations au quotidien.

- ✓ **Groupe Confidences :**

S'adresse aux enfants entre 6 et 12 ans dont les parents sont séparés ou en voie de l'être. Ce groupe d'échange et d'entraide est un lieu neutre où est

favorisée l'expression des émotions que ressentent la plupart des enfants lors d'une séparation ou de disputes parentales. Ce groupe est offert conjointement par les services de proximité et les services spécifiques.

✓ **Groupe d'habiletés parentales :**

Destiné aux parents d'enfants de 5 à 12 ans défiant l'autorité parentale. Les dix rencontres abordent des thématiques différentes permettant d'améliorer la relation et la compréhension de son enfant à travers la mise en place d'un cadre éducatif positif.

✓ **Approche d'Intervention différentielle en partenariat (IDP):**

Modèle de collaboration et de concertation entre l'école, la famille et les services sociaux (CSSS et CJ), s'adressant aux enfants âgés entre 5 et 12 ans. Vise à réduire les comportements problématiques de l'enfant; à réduire le niveau d'adversité familiale et les facteurs de négligence et à maintenir l'enfant dans son milieu de vie.

✓ **Santé mentale jeunesse 1ere ligne :**

Offre à l'enfant et sa famille un suivi interdisciplinaire (psycho-éducatif, psychologique, psychosocial et éducatif), qui vise à obtenir une meilleure stabilisation des symptômes de l'enfant, la reprise d'un fonctionnement satisfaisant dans les différentes sphères de sa vie et le rétablissement de la capacité du milieu familial à composer avec son rôle parental et l'accompagnement de l'enfant.

Programmes-services spécifiques⁴⁹ offerts par le CISSS de Lanaudière :

La Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme Jeunesse offrent des services spécialisés visant à mettre fin aux situations qui compromettent ou qui peuvent compromettre la sécurité ou le développement des jeunes de moins de 18 ans.

✓ **Ateliers mini Brindami :**

Ateliers proposant des activités de groupe aux enfants qui débiteront la maternelle au 30 septembre de l'année en cours. Les rencontres sont offertes aux enfants ayant un suivi psychosocial en vertu de la LPJ. Les objectifs sont de soutenir le développement et les compétences sociales de l'enfant, de le familiariser aux routines de la maternelle, d'amener les parents à s'impliquer dans le cheminement scolaire de leur enfant et d'accroître les compétences parentales (durée de 10 semaines).

⁴⁹ La désignation « services spécifiques » fait référence aux services offerts par la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme jeunesse, communément appelés services de 2^e ligne. Ce terme sera utilisé tout au long du présent guide.

✓ **Groupe l'Allié:**

S'adresse aux parents d'enfants âgés entre 5 et 12 ans ayant un suivi psychosocial en vertu de la LPJ. Les rencontres ont pour objectif de soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle parental (durée de 10 semaines).

✓ **Ateliers parent-enfant (0-18 mois / 18-36 mois / 3-5 ans) :**

Ateliers qui proposent des activités de groupe aux parents et à leur enfant dans le but de développer la sensibilité parentale, d'actualiser les compétences parentales, de développer des moyens de stimulation de l'enfant et d'apprendre au parent à avoir du plaisir avec son enfant. Ces ateliers sont également offerts pour les familles bénéficiant de services psychosociaux en vertu de la LSSSS.

✓ **Programme en intervention relationnelle :**

S'adresse aux enfants âgés entre 0 et 5 ans ainsi qu'entre 6 et 12 ans et leurs parents, qui présentent des enjeux relationnels. Le groupe des 0-5 ans est offert en vertu de la LSSSS et de la LPJ et le groupe des 6-12 ans est offert uniquement aux enfants suivis en vertu de la LPJ. L'intervention est basée sur la théorie de l'attachement et utilise la rétroaction vidéo pour améliorer la sensibilité parentale, la sécurité d'attachement de l'enfant et son plein développement.

Programmes-services spécialisés offerts par le CISSS de Lanaudière :

Services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) :

L'offre de service permet de rejoindre les enfants ayant un retard significatif dans leur développement, incluant un retard global de développement, ainsi qu'un trouble de la communication sociale. Apporte une réponse précoce et adaptée aux enfants âgés entre 0 et 7 ans dont le retard est susceptible d'entraver le cours normal de leur développement et d'entraîner, pour certains, des incapacités significatives et persistantes.

Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière (CRD) :

Offre de l'aide et des services de réadaptation aux jeunes lanaudois âgés de 24 ans et moins, présentant une problématique liée à la consommation d'alcool, de drogues ou de jeux de hasard ou d'argent.

Centre de services ambulatoires en pédopsychiatrie de Repentigny (CSAPR) :

Suivi multidisciplinaire pour les enfants et adolescents de 5 à 17 ans, ayant une problématique de santé mentale. Le problème de santé mentale doit entraîner une perturbation sévère du fonctionnement chez l'enfant ou l'adolescent.

Section 4 — Le processus clinique du programme *Tout un Village*



4 Le processus clinique du programme

4.1 Principes cliniques de TUV

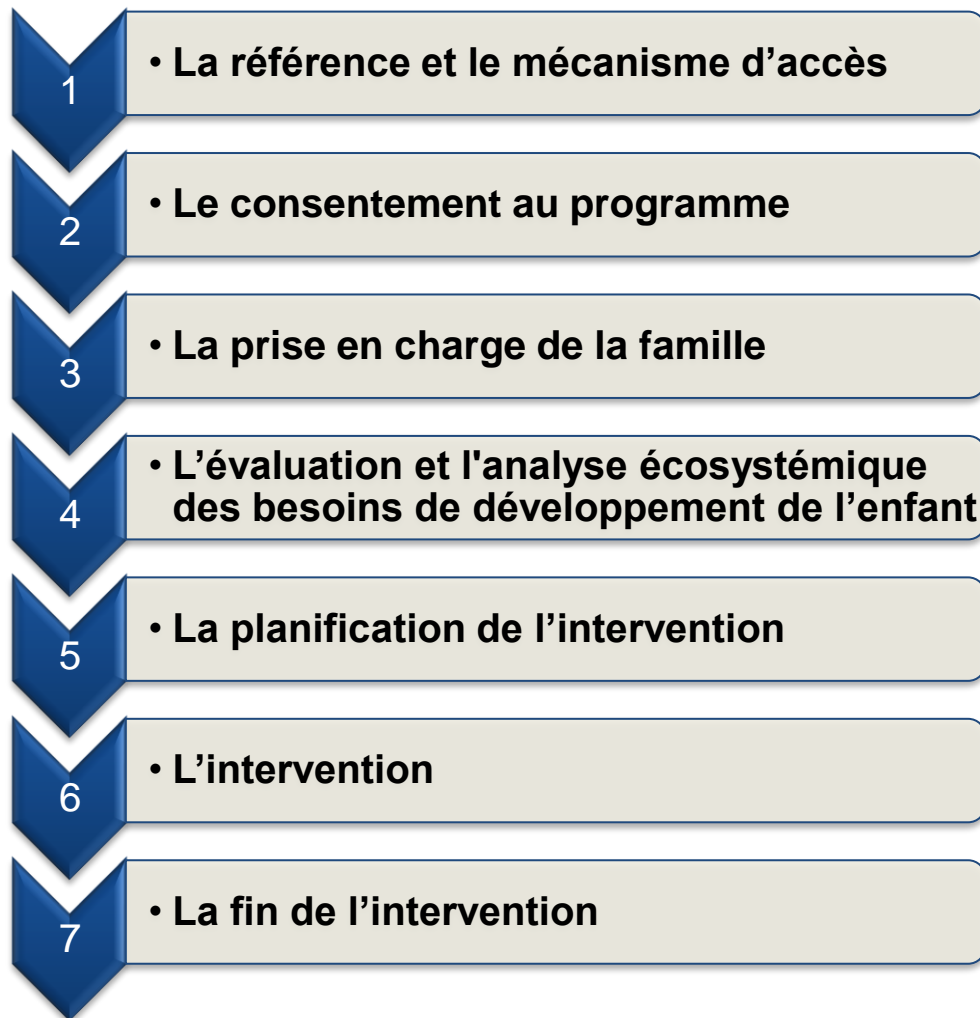
Tout un village appuie ses pratiques d'intervention sur les principes suivants :

- ✚ **Partager une vision et une compréhension commune de la négligence et des besoins de l'enfant** : Par l'établissement d'un langage commun avec les partenaires concernés. L'analyse des besoins de l'enfant et de sa famille doit donc se faire à partir du même cadre d'analyse écosystémique des besoins de l'enfant afin que tous les acteurs adhèrent au sens et assurent la cohérence et la complémentarité des actions.
- ✚ **Placer les besoins de l'enfant au cœur des actions** : En centrant les réflexions et les interventions sur l'enfant et son bien-être. Le point de départ des interventions doit toujours être la réponse aux besoins de l'enfant et son intérêt.
- ✚ **Utiliser une approche participative qui vise le développement du pouvoir d'agir des familles (*empowerment*)**:
 - En accordant de l'importance au point de vue des figures parentale, à la perception et compréhension qu'ils ont des besoins de leur enfant et du type de réponse à leurs apporter;
 - En favorisant et soutenant leur participation ainsi que celle de l'enfant (selon l'âge), à l'analyse de la situation, aux objectifs à poursuivre, aux moyens à utiliser, ainsi qu'aux décisions à prendre;
 - En renforçant les compétences des figures parentales et des enfants et en s'adressant aux facteurs de protection tout autant qu'aux facteurs de risque.
- ✚ **Agir sur plusieurs cibles d'intervention (approche globale)** : Par la mise en place d'interventions qui visent des actions directes auprès de l'enfant, de ses figures parentales, de sa famille et de son environnement immédiat. Des actions directes auprès de l'enfant sont essentielles et non uniquement des interventions qui sont centrées sur l'aide aux parents.
- ✚ **Utiliser des modalités d'intervention diversifiées** : En offrant des interventions en individuel, en famille et en groupe qui sont adaptées aux besoins des membres de la famille et en continuité avec les services existants;
- ✚ **Travailler en partenariat et dans une logique de services intégrés** : Par la collaboration et l'apport des partenaires des milieux tant institutionnels que communautaires afin de répondre adéquatement aux besoins de l'enfant et de sa famille. La mise en commun des ressources et des expertises de l'ensemble des partenaires ainsi que la mise en œuvre d'actions concertées, complémentaires et en continuité, s'avèrent essentielles dans le cadre du programme, afin d'agir efficacement sur une problématique aussi complexe que celle de la négligence.

4.2 Les étapes du processus clinique

Le processus clinique du programme s'actualise **à travers 7 étapes** dans lesquelles s'inscrivent des activités à réaliser auprès des familles inscrites, et ce, en collaboration avec les différents partenaires du réseau territorial de services. Étant donné que ce programme concerne autant les services de proximité que les services spécifiques, le processus clinique qui suit s'inscrit dans les deux missions LPJ et LSSSS. Il n'exclut toutefois pas les particularités légales du processus clinique qui s'applique pour les personnes autorisées en vertu des articles 32 et 33 de la LPJ.

Les 7 étapes du processus clinique prévues dans le cadre du programme sont les suivantes :



4.3 La référence et le mécanisme d'accès

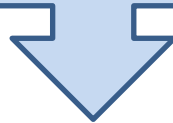
Les références au programme *Tout un Village* peuvent émaner de différents programmes-services du CISSS de Lanaudière, de même que de partenaires du réseau territorial de services.

Le traitement de la référence est de la responsabilité du coordonnateur interprofessionnel (CIP) du programme TUV, pour les services offerts sous la LSSSS et de la responsabilité du spécialiste en activités cliniques (SAC) à l'application des mesures associée au programme TUV pour les services offerts sous la LPJ. Ces professionnels doivent s'assurer de la recevabilité de la référence sur la base des informations transmises par les référents. Pour accompagner le processus de référence et de repérage, les partenaires peuvent consulter l'aide-mémoire à l'annexe 1.

Voici un pas-à-pas sur le mécanisme permettant d'accéder aux services du programme Tout un Village pour chacun des référents :

Référence provenant des différents guichets d'accès du CISSS de Lanaudière :

Info-Social 811- Accès jeunesse - Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA)-Guichet DI-TSA-DP



1. L'intervenant du guichet d'accès :

- Identifie les indices de négligence;
- Vérifie l'admissibilité de la famille au programme TUV selon les critères d'accès;
- Effectue une discussion clinique avec le CIP du guichet d'accès, afin de valider la possibilité d'orienter la famille au programme TUV.

2. Le CIP du guichet d'accès :

- Communique avec le CIP TUV afin de planifier une discussion clinique et présenter les éléments appuyant l'orientation vers le programme;
- Participe, avec l'intervenant du guichet à la discussion clinique avec le CIP TUV, afin de valider l'admissibilité de la famille au programme.

Si la famille n'est pas admissible au programme TUV, elle sera orientée vers d'autres services.

Si la famille est admissible :

3. L'intervenant du guichet d'accès:

- Explique aux parents l'offre de service du programme;
- Valide leur consentement à participer à l'offre de service du programme TUV. **Si les parents refusent de participer au programme, la famille est orientée vers d'autres services;**
- Transmet au CIP TUV le formulaire (annexe 2) de référence associé à son secteur :

Si provenance d'Info-Social 811 : Compléter et transmettre la *Demande de service normalisée* ou *Autre demande* dans le I-CLSC Nord ou le I-CLSC Sud selon le lieu de résidence.

Si provenance de l'Accès jeunesse : Compléter et transmettre la *Demande de service normalisée* ou *Autre demande* créée dans le I-CLSC Nord ou le I-CLSC Sud selon le lieu de résidence de la famille.

Si provenance du GASMA : Compléter et transmettre le *Formulaire de référence TUV*. Après réception de ce formulaire, le CIP TUV crée la *Demande de service normalisée* ou *Autre demande* dans le I-CLSC Nord ou le I-CLSC Sud selon le lieu de résidence de la famille.

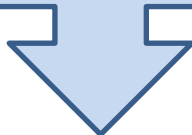
Si provenance du Guichet DI-TSA-DP : Compléter et transmettre la *Demande de service normalisée* ou *Autre demande* créée dans le I-CLSC Nord ou le I-CLSC Sud selon le lieu de résidence de la famille.

4. Le CIP TUV :

- Présente la situation familiale à l'intervenant TUV qui assurera la prise en charge de la famille.

Référence provenant des autres Programmes-services du CISSS de Lanaudière

(SIPPE-OLO, JED 0-5 ans, JED 6-18 ans, DI-TSA-DP, CFL, etc.)



1. L'intervenant du programme référent :

- Vérifie l'admissibilité de la famille au programme TUV selon les critères d'accès;
- Effectue une discussion clinique avec le CIP ou le SAC, afin de valider la possibilité d'orienter la famille au programme TUV.

2. Le CIP ou le SAC du programme référent communique avec le CIP TUV afin de planifier une discussion clinique et présenter les éléments appuyant l'orientation vers le programme.

3. Le CIP ou le SAC et l'intervenant participent à la discussion clinique avec le CIP TUV afin de valider l'admissibilité de la famille au programme;

Si la famille n'est pas admissible au programme TUV, elle sera orientée vers d'autres services ou l'intervenant poursuivra le suivi psychosocial en cours.

Si la famille est admissible:

4. L'intervenant du programme référent:

- Explique aux parents l'offre de service du programme;
- Valide leur consentement à participer à l'offre de service du programme TUV. **Si les parents refusent de participer au programme**, la famille sera orientée vers d'autres services ou l'intervenant poursuivra le suivi psychosocial en cours;
- Transmet au CIP TUV le Formulaire de référence TUV.

5. CIP TUV :

- Crée, après réception du Formulaire de référence TUV, une *Autre demande* dans le I-CLSC Nord ou le I-CLSC Sud, selon le lieu de résidence de la famille;
- Présente la situation familiale à l'intervenant TUV qui assurera la prise en charge de la famille.

6. Transfert personnalisé en présence de la famille, de l'intervenant du programme référent et de l'intervenant TUV.

Référence provenant des organismes communautaires



1. L'intervenant référent :

- Identifie les indices de négligence;
- Vérifie l'admissibilité de la famille au programme TUV selon les critères d'accès;
- Communique avec le CIP TUV afin de planifier une discussion clinique et présenter les éléments appuyant l'orientation vers le programme.

Si la famille n'est pas admissible au programme TUV, l'intervenant référent pourra formuler une demande auprès de l'ALJ ou poursuivra son suivi psychosocial.

Si la famille est admissible :

2. L'intervenant référent :

- Explique aux parents l'offre de service du programme;
- Valide leur consentement à participer à l'offre de service du programme TUV. **Si les parents refusent de participer au programme**, la famille sera orientée vers d'autres services par l'intervenant référent ou celui-ci poursuivra son suivi psychosocial;
- Transmet au CIP TUV le *Formulaire de référence TUV*.

3. Le CIP TUV :

- Crée, après réception du *Formulaire de référence TUV*, une *Demande de service normalisée* ou une *Autre demande*, dans le I-CLSC Nord ou le I-CLSC Sud, selon le lieu de résidence de la famille;
- Présente la situation à l'intervenant TUV qui assurera la prise en charge de la famille.

4. Transfert personnalisé en présence de la famille, de l'intervenant référent et de l'intervenant TUV des services de proximité.

Référence provenant du service de réception et de traitement des signalements (RTS)



Lorsqu'un signalement est non retenu, mais que des indices de négligence sont néanmoins identifiés dans l'analyse sommaire de la situation :

1. L'intervenant référent du RTS :

- Évalue la pertinence de référer la famille au programme TUV;
- Effectue une discussion clinique avec le SAC afin de valider la possibilité d'orienter la famille au programme (à l'aide de la *Grille d'évaluation de l'intensité*). Si le SAC conclut que la famille répond bien aux critères d'accès:

2. Le SAC du RTS :

- Communique avec le CIP TUV afin de planifier une discussion clinique et présenter les éléments appuyant l'orientation vers le programme;

Si la famille n'est pas admissible au programme TUV, l'intervenant référent du RTS orientera la famille vers d'autres services.

Si la famille est admissible au programme :

3. L'intervenant référent du RTS :

- Explique aux parents l'offre de service du programme;
- Valide leur consentement à participer à l'offre de service du programme. Si les parents refusent de participer au programme, la famille est orientée vers d'autres services;
- Transmet au CIP TUV le *Formulaire de référence TUV*.

4. Le CIP TUV :

- Crée, après réception du *Formulaire de référence TUV*, une *Demande de service normalisée* dans le I-CLSC Nord ou le I-CLSC Sud, selon le lieu de résidence de la famille;
- Présente la situation familiale à l'intervenant TUV qui assurera la prise en charge de la famille.

Lorsque qu'un signalement est retenu pour des motifs de négligence, il est envisageable de référer vers le programme TUV, et ce même si la situation est en attente ou en cours d'une évaluation.

Référence provenant du service évaluation et orientation des signalements (É/O)



A. Lorsque la sécurité et/ou le développement de l'enfant ne sont pas compromis, mais que des indices de négligence sont néanmoins identifiés dans l'évaluation de la situation :

1. L'intervenant référent É/O :

- Évalue la pertinence de référer la famille au programme TUV en se référant aux critères d'accès énoncés dans la *Grille d'évaluation de l'intensité d'intervention à l'annexe 3*;
- Effectue une discussion clinique avec le CIP, afin de valider la possibilité d'orienter la famille au programme (à l'aide de la *Grille d'évaluation de l'intensité*). Si le CIP conclut que la famille répond bien aux critères d'accès.

2. Le CIP E/O :

- Communique avec le CIP TUV afin de planifier une discussion clinique et présenter les éléments appuyant l'orientation vers le programme.

3. Le CIP et l'intervenant référent É/O participent à la discussion clinique avec le CIP TUV afin de valider l'admissibilité de la famille au programme.

Si la famille n'est pas admissible au programme TUV, l'intervenant référent É/O orientera la famille vers d'autres services.

Si la famille est admissible au programme :

4. L'intervenant référent É/O :

- Explique aux parents l'offre de service du programme en négligence;
- Valide leur consentement à participer à l'offre de service du programme TUV. **Si les parents refusent de participer au programme**, la famille est orientée vers d'autres services;
- Transmet au CIP TUV le *Formulaire de référence TUV*.

5. Le CIP TUV :

- Crée, après réception du *Formulaire de référence TUV*, une *Demande de service normalisée* dans le I-CLSC Nord ou le I-CLSC Sud, selon le lieu de résidence de la famille;
- Présente la situation familiale à l'intervenant TUV qui assurera la prise en charge de la famille.

6. Transfert personnalisé en présence de la famille, de l'intervenant référent É/O et de l'intervenant TUV des services de proximité.

B. Lorsque la sécurité et/ou le développement de l'enfant sont compromis, dans le cadre d'un transfert au service de l'application des mesures (AM) :

1. L'intervenant référent É/O :

- En collaboration avec l'intervenant à l'AM, l'intervenant É/O évalue la pertinence de référer la famille au programme TUV en se référant aux critères énoncés dans la *Grille d'évaluation de l'intensité d'intervention*;
- Effectue une discussion clinique avec son CIP, afin de valider la possibilité d'orienter la famille au programme (à l'aide de la *Grille d'évaluation de l'intensité*). S'il est conclu par le CIP que la famille répond bien aux critères :

2. Le CIP É/O :

- Communique avec le SAC de l'AM associée au programme TUV, afin de lui présenter la demande et valider l'admissibilité de la famille au programme.

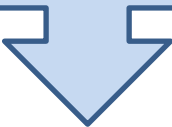
Si la famille est admissible au programme TUV :

3. L'intervenant référent É/O en collaboration avec l'intervenant de l'AM

- Explique aux parents l'offre de service du programme;
- Valide leur consentement à participer à l'offre de service du programme;
- Effectue une demande via *Info-Path* pour l'ouverture d'une *IMV-suivi* TUV dans le système de saisie PIJ (intranet : section *Portail - Trajectoire clientèle - Formulaires - Demande de services jeunesse*).

4. Transfert personnalisé en présence de la famille, de la personne autorisée à l'AM et de l'intervenant référent É/O.

**Référence provenant du service de l'application des mesures
(AM)**



A. Référence vers le programme TUV en services spécifiques (2^e ligne) dans le cadre d'un suivi déjà actif à l'AM :

1. La personne autorisée à l'AM :

- Effectue une discussion clinique avec son CIP afin de valider la pertinence d'orienter la famille vers le programme TUV selon les critères d'accès. Si le CIP conclut que la famille répond bien aux critères d'accès:

2. Le CIP de la personne autorisée :

- Contacte le SAC de l'AM associé au programme TUV, afin de valider l'admissibilité de la famille au programme.

Si la famille est admissible, au programme TUV :

3. La personne autorisée à l'AM :

- Explique aux parents l'offre de service du programme;
- Les familles, suivies en vertu de la LPJ, pourraient être inscrites au programme TUV sans qu'il y ait eu un consentement explicite de la famille à y participer, considérant que l'offre de service clinique du programme correspond aux besoins et intérêts de l'enfant et de sa famille;
- Effectue une demande via *Info-Path* pour l'ouverture d'une *IMV-suivi* TUV, dans le système de saisie PIJ (intranet : section *Portail - Trajectoire clientèle - Formulaires - Demande de services jeunesse*).

B. Référence vers le programme TUV en services de proximité (1^{ère} ligne), suite à une révision statutaire ou anticipée de la situation de l'enfant:

1. Si la sécurité ou le développement de l'enfant n'est plus compromis en vertu de la LPJ, le réviseur, la personne autorisée à l'AM, ainsi que son CIP, évaluent la possibilité d'orienter la famille vers le programme TUV en services de proximité.

2. Le CIP de la personne autorisée à l'AM:

- Communique avec le CIP TUV afin de planifier une discussion clinique et présenter les éléments appuyant l'orientation vers le programme.

- 3. Le CIP et la personne autorisée à l'AM** participent à la discussion clinique avec le CIP TUV afin de valider l'admissibilité de la famille au programme.

Si la famille n'est pas admissible, la personne autorisée à l'AM orientera la famille vers d'autres services.

Si la famille est admissible au programme TUV :

- 4. La personne autorisée à l'AM:**

- Explique aux parents l'offre de service du programme;
- Valide leur consentement à participer à l'offre de service du programme;
- Transmet au CIP TUV le *Formulaire de référence TUV*.

- 5. Le CIP TUV :**

- Crée, après réception du *Formulaire de référence TUV*, une *Demande de service normalisée* dans le I-CLSC Nord ou le I-CLSC Sud, selon le lieu de résidence de la famille;
- Présente la situation familiale à l'intervenant TUV qui assurera la prise en charge de la famille.

- 6. Transfert personnalisé** en présence de la famille, de la personne autorisée à l'AM et de l'intervenant TUV.

4.4 Le consentement au programme

Il est nécessaire que les parents soient informés que le programme TUV est un programme d'intervention en négligence. Ils doivent offrir leur **consentement libre et éclairé**⁵⁰ à l'offre de service du programme afin d'en bénéficier. Un consentement verbal est suffisant et consigné dans une note chronologique. Néanmoins, les familles suivies en vertu de la LPJ, pourraient être inscrites au programme TUV sans qu'il y ait eu un consentement explicite de la famille à y participer, considérant que l'offre de service clinique du programme correspond aux besoins et intérêts de l'enfant et de sa famille.

⁵⁰ Centre de santé et de services sociaux du sud de Lanaudière (2012), *Politique de consentement aux soins*, Direction générale adjointe à la planification, la qualité et à l'évaluation.

✚ **Consentement libre** : Un consentement libre est un consentement obtenu sans aucune forme de contrainte, de menace, de pression ou de promesse, et sans que les facultés de la personne soient altérées.

✚ **Consentement éclairé** : Un consentement est éclairé lorsque la personne apte à consentir aux soins a reçu et comprend les informations pertinentes qui lui permettent de décider, en pleine connaissance de cause, de se soumettre à l'intervention ou au traitement.

4.5 La prise en charge de la famille

4.5.1 L'intervenant pivot

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) retient le terme « intervenant pivot » pour désigner l'intervenant qui est responsable de coordonner et d'assurer les services pour un enfant et sa famille.

Dans un souci de favoriser le principe de continuité, l'intervenant pivot (IP) identifié est celui qui constitue la figure significative auprès de l'enfant et de sa famille. Un intervenant pivot est désigné pour chaque famille. Il est la personne de référence pour l'usager, sa famille et les collègues. Il doit s'assurer de la fluidité et de l'accès aux différents corridors de services du CISSS de Lanaudière afin de prévenir les dédoublements et les bris de services⁵¹.

4.5.2 Saisie de données aux systèmes d'information clientèle

La saisie de données permet de bien identifier les dossiers des usagers où une intervention spécifique dans le cadre du programme TUV est en cours. Ainsi, lors d'un début de service, l'intervenant pivot assigné au suivi de la famille doit suivre une procédure de saisie au système d'entrée de données qui s'applique selon qu'il soit des services de proximité ou des services spécifiques (I-CLSC pour LSSSS ou programme d'intégration jeunesse « PIJ » pour LPJ). Ceci permet d'assurer un suivi administratif des usagers inscrits au programme.

Pour les services de proximité : À chacune des saisies statistiques dans le sous-programme 2930 TUV où l'intervenant est assigné, celui-ci doit sélectionner dans la fenêtre « Champs libres » le code « 100 Prog. Intervention négligence ». De plus, l'intervenant doit obligatoirement inscrire le code « 4400 Négligence » dans

⁵¹ Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (2016), *Cadre de référence sur les pratiques collaboratives dans une démarche clinique*, version mise à jour juillet 2018, Direction des services multidisciplinaires.

la fenêtre « Raisons ». D'autres motifs d'intervention peuvent toutefois y être ajoutés.

Pour les services spécifiques: L'intervenant doit faire une demande d'ouverture *IMV-suivi* pour le programme TUV dans le système de saisie PIJ, afin que soit assuré le suivi administratif des usagers inscrits au programme. Il doit toutefois consigner ses chronologies d'intervention au dossier de l'utilisateur du service de l'application des mesures dans PIJ.

4.6 L'évaluation et l'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant ⁵²

Afin de favoriser une offre de services adaptée et individualisée, il est primordial que l'intervention se base sur l'évaluation et l'analyse des caractéristiques personnelles, familiales et environnementales de l'enfant ainsi que des systèmes qui l'entoure. Cette première étape du processus clinique est centrale pour la suite des interventions.

4.6.1 L'évaluation

La démarche d'évaluation doit permettre une lecture clinique de la situation familiale, du développement de l'enfant, de l'environnement familial, ainsi que des interrelations entre les parents, l'enfant et leur milieu.

En relation avec les différents cadres légaux (LSSSS et LPJ), la démarche d'évaluation comprend l'observation, la cueillette d'informations, ainsi que l'élaboration d'hypothèses cliniques, qui s'inscrivent dans un processus continu. Pour se faire, l'intervenant pivot au suivi de la famille doit recenser les éléments disponibles au dossier de l'utilisateur, consulter les partenaires impliqués auprès de la famille et discriminer l'information pertinente en lien avec la problématique de la négligence. Cette recension doit permettre de bien circonscrire le contexte de vulnérabilité dans lequel évoluent l'enfant et sa famille et permettre, entre autres :

- D'identifier les facteurs de protection et les facteurs de risque;
- De déterminer la forme et le type de négligence ainsi que les impacts sur l'enfant;

⁵² Distinction entre l'évaluation et l'analyse proposée par Lacharité, C. (2014), cité dans Lafantaisie, V. (2017), p. 96 :

« Le terme évaluation fait référence à une action spécialisée, centrée sur les connaissances et la perspective d'un professionnel (travailleur social, psychologue, etc.), visant à décrire la situation d'une personne (ou d'une famille) à partir des cadres conceptuels spécifiques proposant des repères normatifs. Dans ce sens, une évaluation est donc un acte effectué par un professionnel compétent dans le but de fournir une information spécialisée sur un ou des aspects spécifiques du fonctionnement d'une personne. Cette dernière participe à l'évaluation en tant que source d'information pour le professionnel.

À l'opposé, le terme *analyse* fait référence à une action qui implique l'intégration de diverses perspectives (incluant celle des professionnels lorsqu'ils font leur évaluation, mais aussi celle de la personne et de ses proches) dans le but de comprendre globalement la situation de cette dernière. Dans ce sens, une analyse des besoins d'un enfant est donc un acte collectif qui repose sur le croisement de multiples sources d'information sur la réflexion conjointe suscitée par celles-ci. L'objectif n'est pas d'expliquer une situation à partir de repères normatifs (même si cela peut faire partie des éléments qui sont pris en compte); c'est plutôt de construire collectivement un portrait de celle-ci, d'établir collectivement des priorités et de générer collectivement des idées d'action cohérente.

- De situer la reconnaissance et la motivation des parents;
- De connaître les caractéristiques de l'enfant, des parents, des relations familiales et des relations avec le milieu social et le réseau de services.

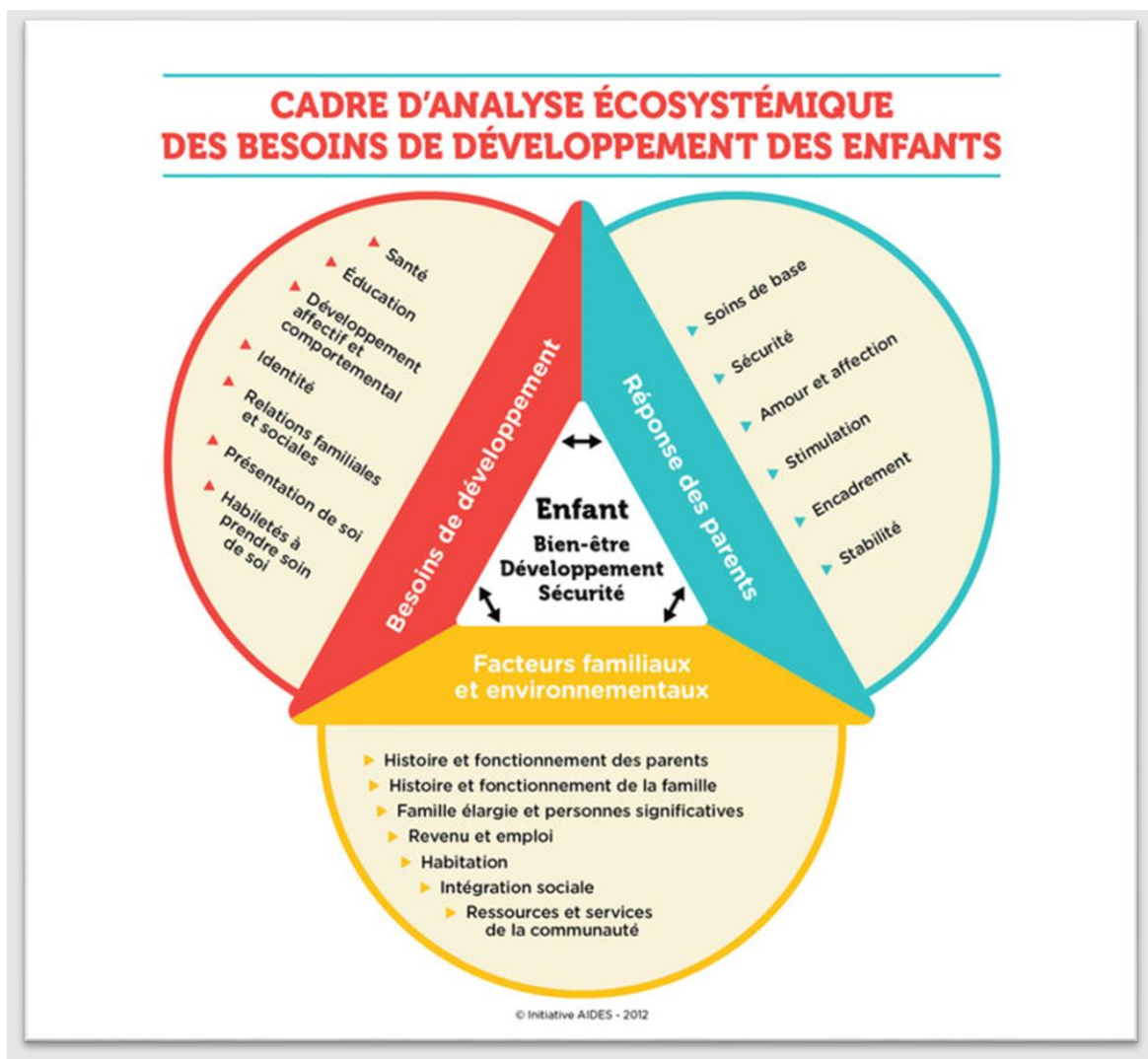
Pour l'intervenant en services de proximité, l'évaluation doit être effectuée conformément aux balises des ordres professionnels (travailleurs sociaux, psychoéducateurs, etc.), en utilisant les documents entérinés par l'établissement. L'intervenant qui n'est pas membre d'un ordre professionnel doit utiliser un outil d'évaluation qui lui permettra de cibler les besoins de la famille, ses facteurs de risque et de protection et d'identifier les différentes ressources personnelles, familiales et communautaires.

Pour l'intervenant en services spécifiques, l'évaluation des motifs de compromission est effectuée par le service d'évaluation-orientation (É/O). Compte tenu du changement d'intervenant lorsque le dossier est transféré à l'application des mesures, il importe de s'assurer que les données recueillies soient bien transmises dans le cadre du transfert personnalisé. L'intervenant assigné au suivi à l'application des mesures doit s'approprier les informations cliniques recueillies afin de bien comprendre les besoins de l'enfant ainsi que la dynamique familiale avec ses forces et ses défis, puis poursuivre l'analyse des besoins développementaux de l'enfant afin de bien couvrir l'ensemble des éléments reliés à la négligence. Si d'autres évaluations ont été réalisées par des partenaires, elles doivent être considérées.

4.6.2 L'analyse participative des besoins de développement de l'enfant dans une perspective écosystémique

Considérant la raison d'être du programme en négligence TUV de s'adresser aux besoins développementaux de l'enfant et d'améliorer la réponse à ses besoins par ses figures parentales, l'entourage immédiat et la collectivité, il est primordial qu'une analyse des besoins de l'enfant soit réalisée en considérant différentes composantes. Le cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants développé par **AIDES** constitue l'assise clinique qui soutient cette analyse dans le cadre du présent programme.

FIGURE 3
Cadre d'analyse écosystémique AIDES⁵³



Source : ©Initiative AIDES 2012

Représenté par un triangle, ce cadre situe l'enfant au centre des préoccupations. Il est composé de trois systèmes interdépendants les uns des autres qui comptent chacun plusieurs dimensions. Ces trois systèmes sont : les besoins de développement des enfants (7 dimensions), les réponses des parents afin de les satisfaire (6 dimensions) et les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins (7 dimensions). Une description détaillée des dimensions du cadre écosystémique se retrouve à l'annexe 4 : *Description des dimensions du cadre d'analyse écosystémique AIDES*.

⁵³ Chamberland, C. et coll. (2012), *Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants*, Guide de soutien pratique.

Dès les premières rencontres avec la famille, l'intervenant associé au programme TUV débute l'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant. Cette analyse doit tenir compte des trois systèmes, de chacune des dimensions qui les composent, et ce, en considérant les interrelations entre les dimensions et entre les systèmes (dans quel contexte évolue la famille? Quelles sont les forces et les difficultés de l'enfant, des parents, de la communauté et de leur réseau? Quelle est la nature des interactions entre ces différentes composantes?). Il est essentiel que cette analyse s'effectue à l'intérieur d'une approche participative en sollicitant le point de vue des parents, de l'enfant ainsi que de toute autre personne ou professionnel impliqué dans la vie de l'enfant et de sa famille.

L'approche participative dans la démarche d'analyse permet, entre autres, d'obtenir une compréhension partagée de la situation de la famille et des besoins de l'enfant; de connaître l'expérience vécue par les parents dans leur vie quotidienne avec leur enfant (préoccupations, intentions, initiatives); d'amener les parents à explorer et objectiver les besoins de leur enfant et d'échanger avec eux sur leur réalité, leurs forces et leurs difficultés. Des outils visuels illustrant le cadre d'analyse⁵⁴ ont été développés afin d'engager le dialogue avec l'enfant, ses parents et les partenaires impliqués. Ces outils favorisent l'explication de la démarche d'analyse; ils soutiennent la réflexion et l'expression du point de vue de chacun et offrent des repères visuels afin que tous s'approprient le cadre d'analyse écosystémique. Ils se retrouvent à l'annexe 5 du présent document.

L'analyse des besoins à l'aide du cadre d'analyse est complémentaire à l'évaluation que chaque professionnel doit effectuer conformément aux balises de son ordre professionnel. Elle peut soutenir ou valider certaines hypothèses cliniques.

Si l'intervenant souhaite approfondir cette analyse des besoins de l'enfant, il est favorable d'utiliser un second outil dérivé du cadre d'analyse écosystémique, soit **Le cahier d'analyse des besoins de l'enfant (CABE)**. Celui-ci s'adresse aux enfants âgés entre 0 et 18 ans et leur famille et est divisé en six cahiers (en fonction des groupes d'âge). Il vise à identifier les besoins de l'enfant qui sont comblés, ceux qui sont à combler, les ressources qui soutiennent ou entravent la réponse à ses besoins (réseau familial, réseau social de la famille), ainsi que les services de la communauté et des établissements déjà offerts ou à mettre en place, afin d'assurer une réponse adéquate aux besoins de l'enfant. Cet outil ne doit pas être utilisé à la manière d'un questionnaire à compléter, mais plutôt comme un outil de dialogue, et ce, toujours dans le cadre d'une approche participative avec les figures parentales, l'enfant (selon son âge) et les acteurs impliqués dans la vie de celui-ci et de sa famille. Il peut également servir d'outil d'intervention.

⁵⁴ Les outils visuels sont : Le cadre d'analyse illustré pour les parents « Les besoins de mon enfant » communément appelé le « napperon », ainsi que le cadre d'analyse illustré pour les enfants âgés de 8 ans et plus « Le triangle de monde ».

Il importe de garder en tête que la démarche d'analyse des besoins de l'enfant doit se faire tout au long du suivi psychosocial et non uniquement au début du processus clinique d'évaluation et d'analyse, puisqu'il est nécessaire de s'assurer de mettre en place des actions qui soient adaptées aux progrès effectués par la famille et aux changements qu'il reste à faire. La révision du plan d'intervention permet, entre autres, de s'y attarder.

4.6.3 Autres outils complémentaires suggérés

Les outils validés suivants sont également suggérés à l'intervenant afin de mieux comprendre les besoins des enfants et des familles en contexte de négligence:

- ✚ **Index de négligence de Trocmé** : Cet outil validé est spécifiquement axé sur la problématique de la négligence. Il vise à cerner la nature et la sévérité de la négligence selon l'âge de l'enfant. Il est rapide et simple à utiliser et ne nécessite pas de formation.
- ✚ **Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant** : Outil dérivé du cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants (AIDES). Il permet de réaliser une analyse écosystémique concise et rapide des besoins de développement et de la situation de l'enfant.
- ✚ **Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED)** : Il s'agit d'un outil validé d'évaluation du développement des enfants. Il permet de dépister les retards de développement des enfants âgés entre 0 et 5 ans, aux niveaux moteur, langagier, socioaffectif et cognitif.
- ✚ **Indice de stress parental (ISP)** : Il s'agit d'un outil validé, axé plus spécifiquement sur les conduites parentales. Il permet d'évaluer le stress vécu par le parent à partir de la perception qu'il a des situations dans lesquelles il exerce son rôle parental. Il s'agit d'un questionnaire de 101 items sur lesquels le parent doit se prononcer, à quel point il est en accord ou désaccord (une version courte de l'outil de 36 items existe).
- ✚ **Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité (aussi connue sous le nom de « grille de dépistage du risque d'abandon ou de délaissement de l'enfant »)** : Cette grille utilisée par les services spécifiques sert à dépister les situations à risque de dérive du projet de vie pour les enfants âgés de 0 à 5 ans. Elle est conçue pour faire un rapide survol des principaux facteurs de risque d'abandon et de délaissement.
- ✚ **Guide d'évaluation des capacités parentales, conçu par Steinhauer**. Il s'agit d'un outil de soutien à l'évaluation, qui permet d'estimer de manière rigoureuse les capacités parentales et les composantes qui lui sont associées. Il identifie les forces et les faiblesses des parents dans le but de mieux cibler les zones d'intervention à prioriser. Permet une analyse globale, systémique et exhaustive de la situation familiale.

✚ **Questionnaire sur les étapes de développement (Ages and stages Questionnaire : ASQ)** : Dépiste les retards de développement des enfants de 0-5 ans. Il touche cinq sphères du développement : motricité globale, motricité fine, la résolution de problèmes, la communication et les habiletés personnelles et sociales. Il est facile à comprendre et adapté au niveau de scolarisation des parents.

À ces suggestions s'ajoute également le **génogramme** qui apparaît très utile en raison de sa convivialité et de sa facilité d'utilisation avec les parents et même avec les enfants (selon l'âge). Il permet de dresser une carte rapide des liens entre les membres de la famille sur trois générations (arbre généalogique de la famille). Il est ainsi possible d'identifier la présence d'une transmission intergénérationnelle des problématiques.

4.7 La planification de l'intervention

Considérant la complexité des situations dans lesquelles les intervenants sont appelés à intervenir, la planification des interventions est une étape importante.

Les modalités de planification des interventions auprès des jeunes et de leur famille varient selon la complexité et le nombre de partenaires impliqués. Plus la situation concernée est complexe et requiert un grand nombre de partenaires, plus la planification des interventions doit être structurée, systématique et concertée.

Suite à la démarche d'évaluation et d'analyse des besoins de l'enfant, l'intervenant pivot doit planifier la mise en place de l'offre de services pour répondre aux besoins de l'enfant et de la famille. Cette planification de l'intervention doit s'appuyer sur l'évaluation et l'analyse des besoins de l'enfant (et l'analyse des motifs de compromission en LPJ).

Les outils privilégiés de planification et de coordination de l'intervention sont :

- ✓ Le plan d'intervention (PI) / plan d'intervention disciplinaire (PID)
- ✓ Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII)
- ✓ Le plan de services individualisé (PSI) ou le plan de services individualisé intersectoriel (PSII)

Conformément à la LSSSS, chaque usager qui reçoit des services d'un établissement doit avoir son plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis⁵⁵.

⁵⁵ Assemblée nationale du Québec (2014), *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Chapitre S4-2, art. 102, Québec.

4.7.1 L'élaboration du plan d'intervention (PI)/plan d'intervention disciplinaire (PID)

Le PI fait référence au PID et son élaboration est obligatoire pour chacun des usagers. Il permet d'identifier les objectifs et les moyens concrets nécessaires au changement dans la situation de l'enfant et de sa famille et sert d'assise clinique pour toutes les interventions réalisées. L'enfant et ses parents doivent être présents à la rencontre de son élaboration et leur participation active doit être favorisée. Par ailleurs, toute personne significative pour la famille peut aussi être partie prenante de ce plan d'intervention.

Dans le cadre de la LPJ, le PI doit être élaboré à l'intérieur d'un délai maximal de 30 jours après le début ou le renouvellement d'une entente sur mesures volontaires ou d'une ordonnance du tribunal. Ce délai maximal de 30 jours doit suivre la date d'assignation au dossier⁵⁶. La révision du PI doit être réalisée tous les quatre (4) mois, ou plus tôt, si des faits nouveaux le justifient, afin de faire le point sur l'actualisation des moyens prévus et le degré d'atteinte des objectifs mis en place.

Dans le cadre de la LSSSS, le PID doit être réalisé dans les 30 premiers jours suivant le début de la prise en charge par l'intervenant assigné au suivi psychosocial de la famille. Il doit être révisé dans un délai maximal de trois (3) mois ou moins, selon les besoins ou ce qui a été convenu avec l'usager/proche ainsi que si des faits nouveaux le justifient.

4.7.2 L'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

LE PII est requis lorsque les soins et les services répondant aux besoins d'un usager sont offerts dans un même établissement, mais dans plusieurs disciplines, programmes ou installations. Il permet la planification, la concertation et la coordination en visant une orientation générale commune des différentes interventions. Il prend en compte les PI/PID de chaque intervenant impliqué, mais ne les remplace pas. L'intervenant pivot est responsable de la rédaction, de la mise en œuvre et du suivi du PII. Il doit être réalisé le plus tôt possible après l'évaluation et l'analyse des besoins de l'enfant et être élaboré conjointement avec les figures parentales, l'enfant (selon son âge et niveau de développement) et tous les partenaires impliqués dans la vie de l'enfant et de sa famille.

⁵⁶ Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (2019). *Politique des plans de services individualisé et des plans d'intervention*. Direction de la protection de la jeunesse et Direction programme jeunesse.

4.7.3 L'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI)⁵⁷

Lorsque la réponse aux besoins de l'enfant et de sa famille requiert le recours à des services offerts par d'autres établissements ou partenaires publics, privés ou communautaires, un PSI doit être élaboré par l'intervenant pivot de la famille.

Le PSI vise à coordonner les actions et les services à dispenser des différents acteurs impliqués dans la réponse aux besoins de l'enfant et de sa famille et à préciser les rôles et responsabilités de chacun⁵⁸. Cette démarche de planification de services répond à des besoins biopsychosociaux complexes et cumulatifs demandant une intensité de services et une coordination intensive.

Il doit être réalisé le plus tôt possible après l'évaluation et l'analyse des besoins de l'enfant et être élaboré conjointement avec les parents, l'enfant (selon son âge et niveau de développement) et tous les partenaires impliqués dans la vie de l'enfant et de sa famille.

Une lecture commune des besoins de l'enfant et de ses parents doit être réalisée à partir du cadre d'analyse AIDES. Le PSI prend en compte les PI/PID, mais ne les remplace pas.

L'intervenant pivot est responsable de convoquer les personnes concernées, d'animer la rencontre, de rédiger le plan et de le transmettre à tous.

En contexte de négligence, la nécessité d'intervenir selon une approche interdisciplinaire et intersectorielle est essentielle. Ainsi, l'absence d'un PII ou d'un PSI-PSII doit être exceptionnelle dans le cadre du programme TUV.

Le partenariat et la concertation des interventions sont centraux et déterminants dans la mise en œuvre du programme.

4.8 L'intervention

Les recherches et l'expérience clinique en négligence démontrent qu'une intervention s'attardant à une seule dimension ou à un seul aspect de la situation aux dépens des autres, a peu de chance d'être efficace. L'intervention à mettre en place doit s'adresser simultanément à plusieurs cibles, être adaptée au type de négligence et tenir compte des difficultés identifiées lors du processus d'évaluation et d'analyse. Elle doit également inclure tous les membres de la famille afin d'être optimale.

⁵⁷ Un PSII (plan de services individualisés intersectoriel) plutôt qu'un PSI est réalisé lorsque des services sont dispensés par des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau de l'éducation et des centres de la petite enfance (CPE), selon une entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation « Deux réseaux, un objectif » (MELS-MSSS, 2003).

⁵⁸ Comité régional de collaboration de l'entente MSSS-MELS (2010). *La démarche PSII dans Lanaudière: Guide de référence*. Commissions scolaire des Samares. P.12.

« Il faut agir simultanément sur plusieurs cibles : l'enfant lui-même, les figures parentales, le groupe familial et la collectivité locale dans laquelle s'insère la famille⁵⁹ ».

L'actualisation du programme TUV s'articule autour **de trois axes d'intervention** qui s'inspirent directement du cadre d'analyse écosystémique soit : **l'enfant (ses 7 besoins de développement), les parents (leurs réponses à ces besoins), ainsi que la famille et son environnement (les conditions de l'environnement familial et social dans lequel la famille s'insère)**. La centration sur les besoins de l'enfant est toujours le point de départ de l'intervention et celle-ci doit viser à ce que l'enfant puisse avoir une réponse optimale à ses besoins fondamentaux d'ordre personnel, physique, éducatif, social et psychologique. L'intervention devra se pencher sur plusieurs préoccupations cliniques : le bien-être physique (soins, alimentation, hygiène, vêtements, sécurité physique, etc.), l'attachement, les retards de développement, les occasions de socialisation, les relations parents-enfants, le développement de liens affectifs significatifs (**autre** que les parents), l'estime de soi, le développement des compétences et la réalisation de soi.

1. L'axe d'intervention de l'enfant

Il importe d'agir directement auprès de l'enfant en situation de négligence et de ne pas « se contenter d'agir sur les parents ou la famille ». L'amélioration du contexte de vie de la famille et le soutien aux parents dans l'acquisition ou l'amélioration des conduites parentales nécessitent du temps. Ainsi, il est incontournable de mettre en place rapidement des actions directes auprès de l'enfant, si l'on souhaite avoir un impact significatif sur l'augmentation des facteurs de protection et la réduction des impacts de la négligence. Ces actions doivent s'ajuster au niveau du développement de l'enfant et non-être uniquement basé sur le critère de l'âge et elles doivent s'adresser à tous les domaines de son développement.

⁵⁹ Lacharité, C., Fafard, G., Bourrassa, L. et coll. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC²)*, Trois-Rivières, Québec : GRIN/UQTR p.31.

□ **Actions sur le plan individuel**

Les enfants vivant en contexte de négligence présentent régulièrement des difficultés d'adaptation sociales, de même que des retards ou un trouble du développement. Malgré le soutien à l'amélioration des relations parents-enfant, à l'amélioration de l'environnement familial, ainsi qu'à la mise en place d'opportunités de développement de l'enfant dans la communauté, des actions cliniques spécifiques à l'endroit de l'enfant sont nécessaires de la part de l'intervenant TUV dans le cadre du suivi psychosocial. L'ampleur et la complexité des difficultés présentées par l'enfant peuvent également nécessiter que des actions spécialisées soient mises en œuvre auprès de celui-ci.

Les actions sur le plan individuel ont pour objectif :

- Adresser les besoins et les difficultés individuels de l'enfant : langage, relations sociales, expression et régulation des émotions et du stress, attachement, estime de soi, apprentissages scolaires, etc.

Exemples d'actions à mettre en œuvre :

- Offrir des interventions de soutien à l'enfant dans le cadre du suivi psychosocial, telles que : l'aider à reconnaître et nommer ses émotions; lui enseigner des stratégies de régulation des émotions et du stress; l'amener à identifier ses qualités et ses forces, l'aider à identifier ses intérêts, faire des activités qui portent sur la connaissance de soi, etc.
- Référer l'enfant vers des services spécialisés en psychothérapie, pédopsychiatrie, orthophonie, ergothérapie, etc., selon ses besoins.

□ **Actions sur le plan social**

Dans son développement social, l'enfant apprend notamment à construire des relations harmonieuses avec les autres, à communiquer ses émotions de façon socialement acceptable, à tenir compte de la perspective des autres avant d'agir, à résoudre des conflits, à coopérer et à participer activement à la vie de groupe. Le développement social conduit l'enfant à se familiariser avec les règles de vie, à en comprendre leur utilité et à les appliquer. De plus, le développement social soutient l'intégration de l'enfant à la vie en collectivité.

L'enfant a besoin d'être en interaction avec un environnement stimulant et varié, qui contribue à son développement global. Il est tout autant affecté que les adultes par l'isolement social qui règne en contexte familial de négligence. La

possibilité d'avoir de nouvelles opportunités de socialisation enrichissantes dans la communauté s'avère donc essentielle.

Ces opportunités de socialisation dans la communauté « ne constituent pas, en premier lieu, une mesure de compensation pour les lacunes vécues dans le milieu familial ⁶⁰ », mais elles permettent d'offrir à l'enfant des occasions de développement qui soient similaires à celles mises à la disposition des enfants dans la population générale.

Les actions sur le plan social ont pour objectifs :

- Offrir à l'enfant des occasions de se faire des amis, de développer des intérêts, d'apprendre à bien communiquer et favoriser son développement socioaffectif;
- Encourager les parents et l'enfant à développer ou à maintenir une collaboration auprès des ressources et services de la communauté et à participer à la programmation offerte.

Exemples d'actions à mettre en œuvre:

- S'assurer que l'enfant soit intégré dans un milieu de garde de qualité;
- Favoriser les opportunités de socialisation de l'enfant par des activités parascolaires, sportives, culturelles et de loisirs, offertes par la municipalité, le milieu scolaire et les ressources communautaires;
- S'assurer que l'enfant s'épanouisse socialement dans son milieu scolaire.

Actions sur le plan éducatif

Les activités éducatives étant plus directement liées aux milieux préscolaires et scolaires, le partenariat avec ces milieux est essentiel.

Les actions sur le plan éducatif ont pour objectifs :

- Offrir à l'enfant un milieu éducatif ou des activités éducatives stimulantes qui favorisent son développement moteur et cognitif, qui permettent de développer ses habiletés, de vivre des succès et de développer des intérêts;

⁶⁰ Lacharité, C., Fafard, G., & Bourrassa, L. et coll. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC²)*. Trois-Rivières, Québec : GRIN/UQTR, p.52.

- Encourager les parents et l'enfant à développer ou à maintenir une collaboration auprès des ressources et services de la communauté et à participer à la programmation offerte.

Exemples d'actions à mettre en œuvre :

- Offrir des interventions de soutien parent-enfant, dans le cadre du suivi psychosocial, visant la stimulation du développement de l'enfant;
- Intégrer l'enfant dans un milieu de garde de qualité;
- S'assurer que l'enfant ait accès à des ateliers de stimulation selon ses besoins;
- S'assurer de la scolarisation de l'enfant;
- Mettre en place des services d'aide aux devoirs et/ou des services d'aide professionnelle en lien avec les problèmes d'apprentissage de l'enfant.

2. L'axe d'intervention des parents

L'intervention en négligence nécessite que l'on accompagne les parents tant dans leur rôle parental que dans leurs difficultés personnelles. On entend ici par « parents », la mère, le père, conjoint (e) ou les personnes jouant un rôle parental. Ainsi, les interventions doivent offrir un soutien professionnel qui s'adresse **au parent en tant que parent, mais également au parent en tant qu'individu.**

Actions auprès du parent en tant que parent

Ces actions ont pour objectifs :

- Veiller à ce que l'enfant et ses parents bénéficient des ressources nécessaires pour le maintien de leur santé et bien-être et l'amélioration de leurs conditions de vie (logement, nourriture, vêtements, loisirs, soutien à la gestion du budget, emploi, etc.);
- S'assurer que l'enfant reçoive les soins de santé physique et mentale appropriés;
- S'assurer que l'environnement de l'enfant soit sécuritaire, stable et bienveillant;

- Soutenir les parents afin qu'ils améliorent leur réponse aux besoins de développement de l'enfant⁶¹;
- Améliorer la sensibilité parentale à l'égard des besoins de l'enfant;
- Développer ou restaurer les habiletés et les compétences liées à l'exercice du rôle parental et diminuer le stress parental;
- Améliorer la qualité des interactions parents-enfant et favoriser le développement d'un lien d'attachement sécurisant;
- Amener les parents à voir l'enfant de façon plus positive et à avoir du plaisir avec lui.

Une attention particulière doit être portée afin de rejoindre les pères et d'adapter les interventions de façon à tenir compte de leur réalité, de leurs caractéristiques et de leurs besoins. De même, les interventions doivent s'ajuster au contexte culturel des familles.

Exemples d'actions à mettre en œuvre :

- Offrir des interventions de soutien et d'aide au parent dans le cadre du suivi psychosocial, permettant l'amélioration de la communication avec son enfant, la mise en place d'un encadrement parental adapté, etc., et ce, en utilisant une approche participative centrée sur ses forces et en favorisant son pouvoir d'agir (empowerment);
- Mettre en place du soutien concret en orientant et accompagnant les parents vers les ressources appropriées de la communauté afin d'améliorer leurs conditions de vie (aide au budget, au logement, à l'emploi, comptoirs d'aide vestimentaire, banque alimentaire, aide pour le transport, halte-garderie, etc.);
- Orienter et accompagner le parent vers les soins de santé appropriés aux besoins de l'enfant (suivi médical, vaccination, soins dentaires, oculaires, services en orthophonie, ergothérapie santé mentale, etc.).
- Référer les parents à des groupes de parents (groupes fermés) et des ateliers parents-enfants, qui visent l'amélioration des capacités parentales, l'éducation parentale et le soutien, offerts dans la communauté ou au sein de l'établissement;
- Référer les parents aux programmes et services de l'établissement appropriés aux besoins de l'enfant.

⁶¹ Voir le cadre d'analyse écosystémique AIDES qui donne une description détaillée de la réponse aux besoins de l'enfant que doivent assurer les parents, à l'annexe 5.

□ **Actions auprès du parent en tant qu'individu**

« La détresse des parents a des effets très importants sur le développement des enfants et ces difficultés doivent être prises en compte afin d'assurer une réponse adéquate aux besoins de chaque membre de la famille⁶² ».

Les recherches démontrent qu'on ne peut améliorer et consolider la disponibilité affective d'un parent sans s'adresser aux difficultés personnelles qu'il vit. Il s'avère essentiel d'offrir un soutien et un accompagnement au parent, qui s'adresse à ses difficultés personnelles à divers niveaux: santé physique, santé mentale, toxicomanie ou autres dépendances, difficultés financières, relation conjugale, emploi, éducation, etc. L'intervenant doit identifier les ressources pouvant lui venir en aide et l'accompagner vers les services spécialisés et les ressources adaptées.

Exemples d'actions à mettre en œuvre:

- Offrir des interventions de soutien et d'aide au parent dans le cadre du suivi psychosocial, permettant l'identification de stratégies de résolution de problèmes, de régulation des émotions et du stress, etc., afin qu'il améliore son état de bien-être (sentiment de compétence, habiletés interpersonnelles, mode de vie, etc.);
- Favoriser la responsabilisation et l'autonomie du parent en renforçant ses forces et capacités;
- Référer et accompagner le parent vers les ressources pouvant lui venir en aide (groupes de soutien, services en santé mentale et dépendance, GMF, médecins spécialistes, centre local d'emploi, organismes d'aide pour le budget, organismes pour femmes en difficulté, organismes en violence conjugale, services d'accompagnement psychosocial pour les pères vivant des difficultés personnelles, familiales ou conjugales, etc.).

3. L'axe d'intervention famille et réseau

De nombreux parents vivant en contexte de négligence sont isolés et ne possèdent pas de réseau informel d'entraide pour les soutenir face à l'exercice de leur rôle parental. Ces lacunes dans le soutien informel sont souvent compensées par la prépondérance du soutien formel (professionnel) dans leur vie.

⁶² Gouvernement du Québec (2021), *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*. Résumé du rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, p.25.

Ce constat justifie l'importance que ces familles puissent créer des liens autres qu'avec des professionnels et que soit renforcé et développé leur réseau informel d'entraide.

Le réseautage s'avère donc essentiel afin d'éviter l'isolement de la famille et favoriser son intégration dans la communauté. La mise en place d'activités dans la collectivité s'adressant aux parents et aux enfants (familiales, parent-enfant, couple, parent uniquement), dans un cadre informel, est primordiale dans le cadre du programme TUV. Pour ce faire, la mobilisation du réseau est indispensable afin de faciliter l'accès des services aux familles et favoriser le partenariat.

Actions auprès de la famille dans la collectivité

Ces actions ont pour objectifs de :

- Briser l'isolement de la famille, lui permettre de créer des liens significatifs et lui offrir des occasions d'échanges enrichissants;
- Favoriser l'entraide entre parents, la socialisation, la croissance et le soutien;
- Permettre aux pères, aux mères et aux enfants d'avoir des occasions d'exercer leurs habiletés et aptitudes personnelles par le biais d'activités concrètes et agréables;
- Augmenter la présence de facteurs de protection auprès de la famille.

Exemples d'actions à mettre en œuvre :

- Informer et orienter les parents et les enfants vers les différentes activités offertes par les organismes communautaires, les municipalités et les associations de la communauté;
- Travailler en partenariat avec les différents organismes communautaires, les municipalités et les associations de la communauté afin d'offrir des activités familiales et sociales dans la communauté qui soient variées (culturelles, sportives, de loisir, etc.), extérieures ou intérieures. Des activités et ateliers parents-enfant, des activités familiales, des activités pour les parents uniquement, ainsi que des groupes de parents visant l'échange et l'entraide (groupes ouverts). La mise en place d'événements ponctuels (ex : fête de quartier, journée pique-nique communautaire, atelier à la bibliothèque, etc.) et réguliers (ex : rendez-vous hebdomadaires d'un club de marche avec poussettes, cuisines collectives, ateliers de bricolage parent-enfant, une série de cours de nature sportive ou de loisirs) sont des

actions efficaces pour intégrer les familles à la communauté et soutenir le développement de leurs enfants. Il importe d'organiser des activités qui interpellent également les hommes. Ces activités dans la collectivité n'ont pas pour but de faire des interventions psychosociales ou de transmettre de l'enseignement. Elles visent essentiellement à briser l'isolement de la famille et à lui faire vivre des expériences positives, agréables, et normalisantes en collectivité.

Il est essentiel de préciser qu'en LPJ, le but des actions préconisées auprès du parent est de mettre fin à la situation de compromission dans les plus brefs délais.

L'intensité et la durée de l'intervention Tel que prescrit par le MSSS, l'**intensité de service minimale requise** dans le cadre du programme en négligence **est de 1 à 2 interventions par semaine**, sur une durée se situant autour de deux ans⁶³. Toutefois, l'intensité de service ne repose pas uniquement sur l'intervenant TUV au suivi de la famille. Elle s'inscrit à travers une mobilisation et une responsabilisation des divers partenaires impliqués autour des besoins de l'enfant.

En services de proximité, l'intervenant TUV au suivi de la famille **doit minimalement offrir une intervention par semaine** en favorisant qu'elle se réalise en présentiel dans le milieu de vie de l'enfant et de ses parents.

En services spécifiques, une **intervention directe auprès de l'enfant ou de sa famille doit être assurée minimalement deux fois aux deux semaines** en favorisant qu'elle se réalise en présentiel dans le milieu de vie de l'enfant et de ses parents. Ce suivi peut être assuré par l'intervenant TUV au suivi de la famille ou l'éducateur en collaboration au dossier à l'application des mesures. La situation de la famille pouvant progresser ou régresser, cela peut influencer l'intensité de services requis par la famille.

Lorsque l'intensité de service prescrite ne peut être actualisée pour différents motifs, la situation doit être discutée avec le CIP (pour les services spécifiques) ou le CIP TUV (pour les services de proximité).

La durée de l'intervention dans le cadre du programme *Tout un village* se situe autour deux ans. Quant aux services rendus dans le contexte de la LPJ, ils peuvent dépasser cette durée. En ce sens, la fin du programme ne signifie pas la fin des services.

⁶³ Ministère de la santé et des services sociaux (2007), *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience - Programme-services Jeunes en difficulté : Offre de service 2007-2012*, Québec : La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fiche 4.

4.9 La fin de l'intervention dans le cadre du programme TUV

La fin de l'intervention dans les situations des enfants suivis en vertu de la LSSSS:

- Les services offerts ont permis d'atteindre les objectifs fixés;
- Lorsque les parents décident de mettre un terme au suivi;
- Lorsque le service ne répond plus aux besoins de l'enfant ou qu'une orientation vers d'autres services est nécessaire.

Ces motifs peuvent mener à la fin de l'intervention et à la fermeture du dossier ou encore à un transfert vers un autre service du CISSS de Lanaudière ou d'un partenaire externe. Lorsqu'un besoin d'aide et de service persiste, mais ne peut être répondu dans le cadre du programme TUV, l'intervenant TUV effectue une référence et un accompagnement personnalisé de l'enfant et de la famille dans le cadre d'un transfert personnalisé vers le nouveau service (lorsque la famille se montre ouverte à cet accompagnement).

Dans tous les cas, la fermeture du service dans le cadre de la LSSSS demande une discussion systématique avec le CIP TUV. Un bilan de fermeture est alors rédigé à l'aide du formulaire prévu à cet effet.

La fin de l'intervention dans les situations des enfants suivis en vertu de la LPJ :

- Lorsque les parents n'offrent plus la collaboration afin de maintenir les services TUV;
- Lorsque la situation de compromission s'est résorbée;
- Lorsque les parents ne sont pas en mesure d'exercer leur rôle parental et qu'un projet de vie alternatif est établi pour l'enfant.

Un rapport bilan de la programmation TUV doit être complété et enregistré dans l'onglet rapport de PIJ sous l'activité rapport bilan TUV. Lorsque la situation de compromission s'est résorbée, il faut considérer la pertinence de poursuivre le programme TUV auprès des services de proximité.

Si les mesures de protection en vertu de la LPJ sont maintenues, un rapport bilan TUV doit aussi être complété et enregistré dans l'onglet rapport de PIJ.

La fin du service du programme TUV n'a pas d'incidence sur la poursuite des autres services qui sont offerts à l'intérieur du CISSS de Lanaudière.

Section 5 — Pratiques d'intervention en contexte de négligence



5 Pratiques d'intervention en contexte de négligence

L'intervention auprès des familles vivant en contexte de négligence est un processus complexe qui présente certaines particularités. Les intervenants sont confrontés à des problématiques multiples et à des individus qui vivent pour la plupart, des difficultés récurrentes dans plusieurs sphères de leur vie.

S'il s'avère nécessaire de bien comprendre la problématique de la négligence pour assurer une rigueur clinique à l'intervention, il est tout aussi important de développer des pratiques d'intervention qui soient adaptées, afin de répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille vivant en contexte de vulnérabilité.

5.1 Établir un lien de confiance et créer une alliance thérapeutique avec la famille

« Le travail psychosocial est un travail d'accompagnement. Il se réalise par l'établissement d'une relation de confiance avec un enfant et sa famille. Ce lien de confiance est essentiel pour permettre aux membres de la famille de mobiliser leurs forces et leur pouvoir d'agir afin d'offrir à l'enfant les conditions qui lui permettront de développer son potentiel ⁶⁴ ».

L'intervention auprès des familles vivant en contexte de négligence est complexe. Les expériences d'isolement, voire d'abandon, ainsi que celles d'abus et de trahison font souvent partie de l'histoire des adultes et des enfants qui vivent en situation de négligence. Ainsi, l'aide professionnelle est souvent perçue menaçante par ces familles.

Intervenir dans un tel contexte demande de la délicatesse et pose de nombreux défis pour la pratique. La qualité de la relation qui se tisse entre l'intervenant et les membres de la famille est un outil indispensable afin de briser le cercle vicieux de l'exclusion et de la détresse sociale⁶⁵.

⁶⁴ Gouvernement du Québec (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, [En ligne], Résumé du rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, p.345.

⁶⁵ Proulx, I. (2013), *Définitions, conditions et défis de l'alliance parent-intervenant en contexte d'aide contrainte : Points de vue des parents et des professionnels en Centre jeunesse*, Mémoire présenté à la faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke.

Par conséquent, si une connaissance approfondie de la problématique de la négligence est nécessaire pour intervenir dans un tel contexte, les compétences de l'intervenant dans le domaine du savoir-être sont sans aucun doute fondamentales. La qualité du lien qui va s'établir entre la famille et l'intervenant est un ingrédient clé dans le déroulement et l'issue des interventions⁶⁶.

De façon générale, l'alliance thérapeutique réfère à la qualité et à la force de la relation de collaboration entre l'aidé et le professionnel⁶⁷. Elle se manifeste par la collaboration mutuelle et le partenariat entre l'aidé et le professionnel, dans le but d'accomplir les objectifs fixés. En contexte de négligence, l'établissement d'un lien de confiance et d'une alliance thérapeutique avec l'enfant, ses parents et la famille est déterminant pour arriver à les mobiliser dans un processus de changement.

« (...) L'établissement, le maintien et la restauration d'une confiance mutuelle sont toujours la priorité numéro un, quelles que soient les actions professionnelles ou institutionnelles qui peuvent ou doivent être entreprises⁶⁸ ».

Certaines attitudes de la part de l'intervenant apparaissent essentielles afin de favoriser le lien de confiance: **le respect, l'écoute, la considération, la transparence, l'ouverture, l'empathie, la cohérence et le non-jugement.**

Plus spécifiquement, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) relève les attitudes et compétences relationnelles de l'intervenant qui contribuent à l'établissement d'une alliance thérapeutique⁶⁹ :

- ✚ « Sa capacité d'exprimer de la sensibilité à l'égard des besoins de son client »;
- ✚ « Sa réceptivité et son habileté à générer de l'espoir »;
- ✚ « Son habileté à maintenir une communication ouverte et claire »;
- ✚ « Sa capacité de communiquer de l'empathie »; « Son engagement, sa disponibilité, sa chaleur, sa loyauté, sa neutralité bienveillante (attitude de non-jugement et acceptation du style personnel du client), sa sécurité, de même que son habileté à créer un climat de sécurité »;

⁶⁶ Idem

⁶⁷ Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2011), *Cadre de référence - Évaluation de la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles*, Montréal.

⁶⁸ Lacharité, C., Fafard, G., Bourrassa, L. et coll. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC²)*, Trois-Rivières, Québec : GRIN/UQTR, p.4.

⁶⁹ Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2011), *Cadre de référence - Évaluation de la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles*, Montréal, p.19.

✚ « Son empathie et sa capacité de faire surgir le sentiment d'être compris ».

Par ailleurs, l'aptitude à reconnaître les capacités et les compétences du parent et de l'enfant et à les soutenir dans la mise en action de celles-ci, de même que dans l'acquisition de nouvelles compétences, est également essentielle à la création d'une alliance thérapeutique⁷⁰. Ceci s'inscrit dans la philosophie d'une approche participative axée sur l'augmentation du pouvoir d'agir (*empowerment*), qui sera abordé au point suivant.

5.2 Développer le pouvoir d'agir : l'empowerment

« Le modèle d'empowerment est tout à fait compatible avec une démarche de responsabilisation des figures parentales à l'égard de leur conduite envers leurs enfants⁷¹ ».

L'*empowerment* s'inscrit dans la perspective des modèles de promotion de la santé et du bien-être. « Il met l'accent sur le développement de compétences susceptibles d'augmenter le sentiment de contrôle des personnes »⁷². Il favorise l'expression et permet d'augmenter les forces d'un individu de même que le sentiment d'avoir une influence sur les événements et les circonstances qui surviennent dans son environnement.

L'*empowerment* implique de faire confiance aux individus et de les aider à choisir les actions qu'ils jugent appropriées et à prendre des décisions par eux-mêmes⁷³.

Le courant dominant de notre système de santé et de services sociaux a longtemps été de privilégier une approche d'intervention de type « expert » (soit le modèle médical). L'essence de cette approche se caractérise par une prise en charge de l'utilisateur par le professionnel et d'une définition du problème et de la solution à partir de son point de vue à lui; met l'accent sur les difficultés plutôt que sur les forces de l'utilisateur et lui attribue la responsabilité du problème et de l'échec de l'intervention⁷⁴.

⁷⁰ AIDES Rapport de recherche, 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.

⁷¹ Chamberland, C. et coll. (2012). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES*, [Rapport de recherche no 6150-U1], Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada et ministère de la Sécurité publique du Québec, p.45.

⁷² Lemay, L. (2009), *Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment)*. Dans Lacharité, C., Gagnier, J-P., *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action*, Montréal, Québec : Éditions Gaëtan Morin, p.105.

⁷³ Idem

⁷⁴ Lafantaisie, V. (2017), *Recherche et intervention en négligence : Comment expliquer l'exclusion du point de vue des familles dans ces espaces institutionnels*, [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières].

L'utilisateur se voit conférer un rôle passif qui lui enlève le pouvoir de se prononcer et d'agir sur sa propre situation, suscitant ainsi un sentiment d'incompétence⁷⁵.

L'évolution des connaissances à l'égard des causes et des effets de la négligence entraîne la transformation des pratiques d'intervention. Ainsi, depuis plusieurs années, les pratiques s'orientent davantage vers des modèles axés sur l'*empowerment*, afin de favoriser le développement du potentiel des familles. Selon plusieurs auteurs, ce type de pratique s'avère beaucoup plus prometteur en intervention psychosociale qu'une approche de type « expert ».

Une pratique d'intervention axée sur l'*empowerment* nécessite un changement dans la posture professionnelle à adopter par l'intervenant. « Le rapport expert-usager fait place à une relation fondée sur l'égalité où le professionnel tend à se poser moins en expert; à partager le pouvoir décisionnel et à soutenir le développement des compétences et du pouvoir d'agir des personnes⁷⁶ ». En favorisant l'établissement d'un rapport plus égalitaire, la philosophie de l'*empowerment* implique « que la personne aidée passe du statut d'objet qui reçoit passivement les instructions à suivre pour régler son problème, à celui de sujet connaissant et participant aux diverses étapes de sa reprise de pouvoir⁷⁷ ».

Pour développer une telle pratique d'intervention, il est nécessaire pour l'intervenant de:

- ✚ Reconnaître et valoriser les capacités et compétences du parent;
- ✚ Soutenir le parent dans l'exercice de ses capacités et compétences de même que dans l'acquisition de nouvelles;
- ✚ Aider le parent à mobiliser ses ressources personnelles et à développer son autonomie;
- ✚ Considérer le savoir et les connaissances du parent au lieu de le percevoir comme un « récepteur du savoir professionnel⁷⁸ » ;
- ✚ Permettre au parent de disposer de choix, de même que de toutes les informations nécessaires lui permettant de reprendre du pouvoir sur sa vie;
- ✚ Impliquer activement le parent dans les différentes décisions le concernant.

⁷⁵ Idem

⁷⁶ Proulx, I. (2013), Définitions, conditions et défis de l'alliance parent-intervenant en contexte d'aide contrainte : Points de vue des parents et des professionnels en Centre jeunesse. Mémoire présenté à la faculté des lettres et sciences humaines. Université de Sherbrooke, p.15-16.

⁷⁷ Proulx, I. (2013). *Définitions, conditions et défis de l'alliance parent-intervenant en contexte d'aide contrainte: Points de vue des parents et des professionnels en centre Jeunesse*, Mémoire présenté à la faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, p.16.

⁷⁸ Lemay, J.-F. (2016), *Cadre d'intervention sur le sentiment de compétence parentale*, Cal-en-bourg 0-5 ans, JFL consultants, Montréal, p.8.

Dans un contexte de négligence pour lequel la sécurité et/ou le développement d'un enfant est compromis ou à risque de l'être, la protection de l'enfant peut nécessiter le support d'un professionnel externe auprès des parents. L'intervention des professionnels s'appuie sur les principes de la LPJ qui met l'emphase, autant que possible, sur une approche consensuelle avec les parents.

La protection des enfants et l'*empowerment* des parents peuvent parfois être vus, à tort, comme étant deux actions incompatibles, puisque l'on croit que de soutenir le pouvoir d'agir des parents maltraitants contribuera à augmenter le pouvoir qu'ils exercent sur leur enfant. Or, le pouvoir qu'ils exercent sur l'enfant constitue souvent un symptôme de la limitation des choix, des informations et des ressources qu'ils possèdent; de la fragilité de leur sentiment de compétence et du désarroi qu'ils vivent dans l'exercice de leur rôle parental⁷⁹. Par conséquent, une approche axée sur l'*empowerment* est « tout à fait compatible avec une démarche de responsabilisation des parents à l'égard de leur conduite envers leurs enfants⁸⁰».

À titre de repère pour l'intervenant dans sa pratique professionnelle, douze principes caractérisant une aide efficace et favorisant l'exercice des compétences et du pouvoir d'agir des parents ont été répertoriés par Carl⁸¹ et sont explicités à l'annexe 6 du présent guide, dans un tableau intitulé : *Principes pour un soutien et une aide efficace*. Ces principes constituent les bonnes pratiques en matière d'*empowerment* des familles⁸².

5.3 Intervenir auprès des pères⁸³ et susciter leur engagement

Les vingt dernières années ont vu se multiplier les études démontrant les effets positifs de l'engagement paternel sur le développement de l'enfant. De façon plus spécifique, on reconnaît les effets de cet engagement sur les habiletés cognitives, la réussite éducative, l'estime de soi, les habiletés sociales et la régulation des émotions chez l'enfant. Le père influence directement le développement de son enfant à travers les interactions qu'il a avec celui-ci et indirectement, à travers le

⁷⁹ Chamberland, C. et coll. (2012), *Recherche évaluative de l'initiative AIDES* [Rapport de recherche no 6150-U1], Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada et Ministère de la Sécurité publique du Québec.

⁸⁰ Chamberland, C. et coll. (2012), *Recherche évaluative de l'initiative AIDES* [Rapport de recherche no 6150-U1], Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada et Ministère de la Sécurité publique du Québec, p.45.

⁸¹ Lacharité, C., Fafard, G., Bourrassa, L. et coll. (2005), *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC2)*, Trois-Rivières, Québec : GRIN/UQTR, p.42.

⁸² Lacharité, C. (2009), *L'approche participative auprès des familles*. Dans Lacharité, C., Gagnier, J-P. (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action*, Université du Québec à Trois-Rivières, Éditions Gaëtan Morin.

⁸³ Ou la figure paternelle significative

soutien qu'il apporte à la mère⁸⁴. L'engagement paternel contribue aussi à prévenir le risque de mauvais traitements et de négligence envers l'enfant⁸⁵.

Au Québec, le groupe *ProsPère*, responsable de nombreux travaux sur la paternité, a défini l'engagement paternel comme étant « la participation et la préoccupation continues du père biologique, ou du père substitut, envers le développement physique, psychologique et social de son enfant⁸⁶ ».

Les interventions pour contrer la négligence ne doivent pas se limiter à cibler la mère afin d'assurer la réponse aux besoins de l'enfant. Les figures paternelles « font partie de la vie des enfants négligés et réciproquement, ceux-ci font partie de la vie de ceux-là ⁸⁷ ». Les travaux de Lacharité et ses collaborateurs (2005) ont démontré qu'au moins 75 % des enfants négligés vivent ou ont des contacts réguliers avec au moins une figure paternelle (père biologique ou conjoint de la mère). De même, près des deux tiers (64%) des hommes faisant partie de familles qui reçoivent des services en raison de situations de négligence chronique, vivent ou ont des contacts réguliers avec trois enfants ou plus⁸⁸.

Plusieurs des hommes qui se retirent d'une famille suite à une rupture conjugale, s'engagent à l'intérieur d'une autre famille et deviennent une figure paternelle auprès d'autres enfants avec qui ils présentent les mêmes difficultés⁸⁹. Il est donc essentiel de les accompagner dans l'exercice de leur rôle.

Les pères et les mères n'ont pas les mêmes besoins et ne cherchent pas à être soutenus de la même façon. Ces différences ne réduisent toutefois en rien l'importance du rôle parental assumé par les deux parents.

Développer une approche d'intervention qui soit inclusive du père (ou de la figure paternelle significative), faire des efforts pour rejoindre ces hommes, prendre contact avec eux (même s'ils ne cohabitent pas avec l'enfant), les mobiliser afin qu'ils s'engagent davantage auprès de l'enfant (à moins qu'ils ne constituent un réel

⁸⁴ Turcotte, G. (2011), *Le projet Relais-pères, Une pratique de proximité pour soutenir les pères en situation de vulnérabilité, Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, no 135 Et Pouliot, E., Saint-Jacques, M. (2005), *L'implication des pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : Un discours et une pratique qui s'opposent*. Enfances, Familles, Générations, (3).

⁸⁵ Gervais C. (2014), *Développement, implantation et évaluation d'une initiative de promotion et de soutien à l'engagement paternel* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal].

⁸⁶ Gervais C. (2014), *Développement, implantation et évaluation d'une initiative de promotion et de soutien à l'engagement paternel* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal], p.26.

⁸⁷ Lacharité, C., Fafard, G., Bourrassa, L. et coll. (2005), *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC²)*. Trois-Rivières, Québec : GRIN/UQT, p.50.

⁸⁸ Idem

⁸⁹ Ethier, L.S., Bourrassa, L., Klapper, U., Dionne, M. (2006), *L'évolution des familles négligentes : Chronicité et typologie*, État de suivi 1992 à 2005, Rapport de recherche du Fond Québécois de la Recherche de la Société et de la Culture, Gouvernement du Québec.

danger), et les soutenir pour améliorer l'exercice de leur rôle parental s'avère essentiel dans le cadre du programme TUV.

« Il est rarement dans l'intérêt de l'enfant d'éviter de travailler avec le père : ne pas considérer le père, c'est se priver d'une ressource potentielle pour la famille ou se mettre dans une position d'ignorer les dangers qu'il peut représenter ⁹⁰ ».

Rejoindre et impliquer les pères en contexte de vulnérabilité présente certains défis. Il faut y mettre du temps, de la détermination et de la créativité. L'un de ces défis est d'identifier, de localiser et de prendre contact avec les pères en difficulté⁹¹. En effet, les études démontrent que les hommes sont moins enclins à demander de l'aide à leurs proches ou à des professionnels lorsqu'ils sont en difficulté. Il est donc nécessaire de déployer les efforts raisonnables afin de les localiser et de prendre contact avec eux le plus rapidement possible dans l'intervention.

Un deuxième défi consiste à maintenir le contact avec ceux-ci une fois qu'ils ont été rejoints⁹². L'enjeu est celui de la création du lien de confiance. Ce défi est important puisque l'on se retrouve fréquemment face à des hommes qui présentent une méfiance importante à l'égard des institutions; qui ont des parcours de vie sillonnés de ruptures et d'isolement et qui ont vécu de la disqualification dans leur rôle de père⁹³.

Il est nécessaire d'adapter nos pratiques d'intervention et de comprendre la « spécificité des comportements paternels en contexte de vulnérabilité, le style d'apprentissage des hommes ainsi que leurs modes de recours à l'aide ⁹⁴ ».

Les pistes d'intervention suivantes ont été recensées⁹⁵ afin de mieux rejoindre les pères vivant en contexte de vulnérabilité, susciter leur engagement et les mobiliser autour des besoins de l'enfant :

- ✚ Chercher à établir un lien avec le père selon ses intérêts avant d'aborder son rôle parental;

⁹⁰ Turcotte, G. (2014), *Coup d'œil sur l'engagement paternel, Faire place aux pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : enjeux, défis et pistes d'action*, p.3.

⁹¹ Turcotte, G. (2014), *Coup d'œil sur l'engagement paternel, Faire place aux pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : enjeux, défis et pistes d'action*.

⁹² Idem

⁹³ Idem

⁹⁴ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2016), *Défi jeunesse : Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire : Place aux pères*, vol. XXII n° 2, p.57.

⁹⁵ Gervais C. (2014), *Développement, implantation et évaluation d'une initiative de promotion et de soutien à l'engagement paternel* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal], p.40-42. Et Pouliot, E., Saint-Jacques, M. (2006), *L'implication des pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : Un discours et une pratique qui s'opposent*. *Enfances, Familles, Générations*, no. 3, p.146. Et Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent (2018), *Guide de pratique du programme d'intervention en négligence (PIN)*, Direction du programme jeunesse et Direction de la protection de la jeunesse, p.30. Et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2016), *Défi jeunesse : Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire : Place aux pères*, XX(2), p.52-55. Et Turcotte, G. (2014), *Coup d'œil sur l'engagement paternel, Faire place aux pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : enjeux, défis et pistes d'action*, p.7-8.

- ✚ Donner au père l'occasion de raconter son histoire (donner sa version des faits), de s'exprimer sur son expérience de père, sur sa relation avec l'enfant, le sens qu'il donne à la paternité, le rôle qu'il veut jouer dans la vie de son enfant, ses craintes et ses besoins à l'égard de son rôle de père;
- ✚ Explorer ses valeurs et mieux comprendre ses besoins;
- ✚ Reconnaître son rôle ainsi que sa contribution potentielle, en accordant une importance égale tant à la relation père-enfant qu'à la relation mère-enfant et en mettant en lumière la complémentarité des rôles;
- ✚ Développer des interventions qui misent sur les forces et les compétences spécifiques du père (reconnaitre ses particularités dans ses interactions avec l'enfant, croire en l'importance du père pour l'enfant et en sa capacité à changer);
- ✚ Favoriser le développement de sa confiance en soi comme père et travailler à le responsabiliser plutôt qu'à le culpabiliser;
- ✚ Solliciter le père dans ce qu'il sait et aime faire en interaction avec son enfant et l'inviter à jouer un rôle actif;
- ✚ Adapter le contenu et la forme des activités proposées aux intérêts, styles d'apprentissages et modes relationnels qui sont plus spécifiques aux hommes;
- ✚ Prévoir des activités qui mettent le père en action et qui sont axées sur la tâche et la résolution de problèmes concrets (sans toutefois négliger les activités qui reposent sur l'introspection et l'expression des sentiments);
- ✚ Miser également sur des activités permettant au père d'être en relation avec son enfant et avec d'autres pères, dans le cadre d'activités non menaçantes et centrées sur le plaisir. Ce type d'activités permet l'ouverture à de nouveaux apprentissages tout en favorisant le développement de son réseau social et celui de l'enfant;
- ✚ Intervenir sur plusieurs dimensions de sa vie qui sont susceptibles d'influencer son engagement paternel (son réseau social, sa relation de couple, sa confiance en lui comme parent, etc.); adopter une approche globale;
- ✚ Solliciter directement son point de vue, s'intéresser à son expérience personnelle et tenir compte de son horaire de travail dans la planification des rencontres;
- ✚ Favoriser le développement de son pouvoir d'agir en suscitant sa participation à l'analyse des besoins ainsi qu'aux décisions qui concernent l'enfant;
- ✚ Accompagner le père vers les ressources et services appropriés à ses besoins dans les cas où il présente des problématiques spécifiques et miser sur le travail en réseau.

5.4 Intervenir en contexte de diversité culturelle

La région de Lanaudière compte une part importante de personnes issues de différentes communautés ethniques et culturelles. Le nombre d'immigrants ayant choisi de s'établir dans la région a connu un véritable essor ces dernières années. Cette réalité soulève l'importance que l'intervention auprès de ces familles tienne compte du contexte culturel dans lequel elles évoluent. La prise en compte de leur identité culturelle; la compréhension de leurs croyances, valeurs, cultures, parcours migratoires, ainsi que du sens de leurs comportements, s'avère essentielle dans le cadre des services offerts aux familles vivant en contexte de négligence.

Une approche interculturelle doit être privilégiée par l'intervenant afin d'avoir une bonne compréhension de la réalité de ces familles et d'établir une alliance avec celles-ci. Cette approche interculturelle implique la reconnaissance de soi, la reconnaissance de l'autre et la nécessité de travailler ensemble pour trouver un terrain d'entente⁹⁶.

« L'approche interculturelle se veut un processus d'aide qui se fonde sur l'écoute, le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs et de ses besoins⁹⁷ ».

Intervenir en contexte de diversité culturelle nécessite des connaissances concrètes sur les situations auxquelles les familles sont confrontées, mais également une prise de conscience de ses propres biais comme intervenant, c'est-à-dire la façon dont ses propres valeurs et sa propre culture pourraient teinter son intervention au contact d'une culture qui lui est étrangère (reconnaissance de son propre système de référence)⁹⁸. Le choc culturel que vivent ces familles est parfois très grand, mais il peut également l'être pour l'intervenant qui les accompagne. Dans cette dynamique de différences culturelles, celui-ci est confronté à des comportements qui peuvent heurter son propre système de valeurs et faire resurgir des préjugés

⁹⁶ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'île-de- Montréal (2019), *L'approche interculturelle dans le processus d'aide*, Fiche synthèse, Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile, Direction des services intégrés de première ligne.

⁹⁷ Cohen-Emerique, M. (1993), *L'approche interculturelle dans le processus d'aide*, Santé mentale au Québec, 18(1), p.2.

⁹⁸ Gouvernement du Québec (2021), *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

et des stéréotypes. Il est donc nécessaire de prendre conscience de ses propres émotions et valeurs qui sont bousculées dans le cadre des interventions⁹⁹.

Par ailleurs, il importe également d'accéder au « système de référence » de l'autre personne afin de créer une alliance avec celle-ci et mieux comprendre la rationalité de ses comportements, c'est-à-dire les intentions et les besoins qui sont manifestés derrière les gestes posés¹⁰⁰. Afin que le parent ne se sente pas menacé dans son identité, il importe de ne pas tenter de négocier avec lui ses valeurs ou ses idéologies, mais plutôt se centrer avec lui sur les conséquences concrètes de ses positions idéologiques¹⁰¹ sur l'enfant, ce qui favorisera le changement des pratiques parentales.

L'expérience migratoire constitue un autre élément important à prendre en considération dans l'intervention. Malgré que les familles aient immigré depuis plusieurs années, le contexte de départ de leur pays d'origine (motifs et conditions de départ, attentes et projets de vie face à la société d'accueil, etc.) a un impact considérable sur la perception qu'elles ont du pays qui les accueille, de même que sur leurs réactions et comportements¹⁰². Les motivations ayant entraîné leur décision d'émigrer sont souvent liées à des facteurs économiques (pauvreté) ou sociopolitiques (guerres, violence, diverses atteintes des droits de la personne). Il est ainsi fréquent que ces familles aient vécu des deuils et des traumatismes avant et pendant leur migration, d'où l'importance de s'y intéresser et d'en tenir compte.

Pour ces familles et particulièrement pour les nouveaux arrivants, les difficultés d'adaptation de même que les deuils et pertes vécus à plusieurs niveaux peuvent venir exacerber les facteurs de risque de négligence, notamment : l'adaptation et l'intégration à la culture de notre société (rôles parentaux, rôles dans le couple, normes et valeurs, méthodes éducatives différentes), la barrière linguistique, les difficultés financières et d'accessibilité à l'emploi, la diminution du statut socio-économique (difficulté à trouver un emploi selon leurs compétences réelles), l'isolement (perte complète ou réduction de leur réseau familial et social), ainsi que le manque de connaissance sur les ressources et services disponibles. À cela s'ajoutent les traumatismes souvent vécus dans leur pays d'origine¹⁰³.

⁹⁹ Bilodeau, G. (1993), *Méthodologie de l'intervention sociale et interculturelle*. Service social, 42(1), p.25-48. Et Cohen-Emerique, M. (1993), *L'approche interculturelle dans le processus d'aide*, Santé mentale au Québec, 18(1), 71-91.

¹⁰⁰ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal (2019), *L'approche interculturelle dans le processus d'aide, Fiche synthèse*, Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile, Direction des services intégrés de première ligne.

¹⁰¹ Bilodeau, G. (1993), *Méthodologie de l'intervention sociale et interculturelle*, Service social, 42(1), 25-48.

¹⁰² Centre jeunesse de la Montérégie (2010), *Ensembles pour les familles : Programme d'intervention en négligence*, Direction des services professionnels.

¹⁰³ Bilodeau, G. (1993), *Méthodologie de l'intervention sociale et interculturelle*, Service social, 42(1), 25-48. Et Young, S. (2012), *Programme cadre montréalais en négligence : Alliance*, Collaboration du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Centre jeunesse et de la famille Batshaw, Centres de santé et

Mieux comprendre leur réalité permet d'éviter les jugements, mais également d'éviter de mettre en œuvre des interventions qui pourraient augmenter leur méfiance. Par exemple, pour plusieurs familles issues de l'immigration : l'intervention de l'état est vue comme étant très menaçante; les lois et missions des établissements ne sont pas bien connues; on ne partage pas ses difficultés en groupe avec d'autres parents; il n'est pas bien accepté de recevoir un étranger au domicile familial; la façon d'éduquer les enfants diffère, etc.¹⁰⁴ Travailler en partenariat avec les organismes qui œuvrent auprès des communautés culturelles peut s'avérer fort pertinent afin de mieux saisir la réalité et les défis auxquels doivent faire face ces familles.

« Les interventions offertes dans le cadre des services sociaux doivent tenir compte de la culture et de l'identité autochtone, de même que de leur conception de la vie familiale et de la manière de prendre soin des enfants ou de les éduquer¹⁰⁵ ».

5.5 Intervenir en contexte autochtone¹⁰⁶

L'histoire coloniale et postcoloniale des nations autochtones du Québec et du Canada a grandement bouleversé l'organisation de la vie familiale et sociale de ces derniers. Des politiques et mesures ayant été mises en place par les gouvernements canadiens et québécois ont contribué à la discrimination et à l'exclusion des nations autochtones, entraînant des répercussions sur l'ensemble des sphères de la vie de ces peuples¹⁰⁷. Des traumatismes ont ainsi marqué leur histoire et engendré des répercussions intergénérationnelles sur leur santé et leur bien-être individuel et collectif. Connaître les éléments de l'histoire qui ont marqué la vie des familles autochtones est nécessaire pour l'intervenant. Comprendre la source des inégalités structurelles avec lesquelles les familles doivent encore composer permet de mieux

services sociaux de la région de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (2020), *Ma famille, mes racines : s'unir pour grandir, Programme d'intervention en négligence 0-12 ans*, première édition, Québec.

¹⁰⁴ Young, S. (2012), *Programme cadre montréalais en négligence : La compréhension de la problématique de la négligence*. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Montréal.

¹⁰⁵ Guay, C. (2015), *Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières*, *Intervention*, (141), p.4.

¹⁰⁶ Le terme autochtone réfère à la fois aux Inuits, aux Métis ainsi qu'aux membres des Premières Nations. L'usage du terme autochtone est utilisé à la seule fin d'alléger le texte.

¹⁰⁷ Gouvernement du Québec (2021), *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux, Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

saisir les défis auxquels elles sont confrontées. À titre d'exemple, la pauvreté, les logements inadéquats et surpeuplés, la consommation abusive d'alcool, de drogues « ne sont pas uniquement l'expression de carences individuelles ou génétiques, mais surtout des effets des politiques colonisatrices¹⁰⁸ ».

À l'heure actuelle, les inégalités sociales et les écarts en matière de santé et de qualité de vie entre les populations autochtones et le reste de la population canadienne sont bien documentés. Il est constaté que plusieurs services en matière de santé et services sociaux ne correspondent pas aux réalités, valeurs, croyances et besoins des peuples autochtones. Cette situation a pour effet que ces peuples sont beaucoup moins enclins à s'adresser aux soins et services, et ce, même s'ils en ont un besoin urgent¹⁰⁹. Ceci entraîne des répercussions sur leur santé, leur bien-être et leurs conditions de vie. Le rapport de la commission Viens (2019) est clair sur la méfiance des premiers peuples à l'égard du système de santé et de services sociaux du Québec¹¹⁰.

Diverses initiatives ont vu le jour afin d'apporter des changements à cette problématique, dont le concept de sécurisation culturelle ayant pris naissance durant les années 1980, dans le cadre des soins infirmiers en Nouvelle-Zélande¹¹¹. Ce concept a été adapté au contexte canadien pour améliorer la prestation des services de santé et de services sociaux auprès des Autochtones.

Plusieurs auteurs et organisations canadiennes ont défini le concept de sécurisation culturelle. L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) soutient que la sécurité culturelle en contexte autochtone « signifie que l'éducateur, le praticien, le professionnel, qu'il soit autochtone ou non, peut communiquer avec compétence avec un patient dans son milieu social, politique, linguistique et spirituel¹¹² ».

Le gouvernement du Québec (2021) stipule que la sécurisation culturelle consiste à rétablir et à soutenir l'équité pour les Autochtones; elle reconnaît la présence des iniquités et cherche à combler ces écarts par des pratiques pertinentes¹¹³.

¹⁰⁸ Guay, C. (2015), *Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières*, Intervention, (141), p.9.

¹⁰⁹ Morin-Holland, A.-D. (2019), *La sécurisation culturelle, un concept à préconiser pour la profession du travail social auprès des personnes autochtones : de la théorie à la pratique*, [Mémoire déposé en vue de l'obtention de la maîtrise en service social], Université d'Ottawa.

¹¹⁰ Commission Viens (2019), *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec*, Gouvernement du Québec.

¹¹¹ Morin-Holland, A.-D. (2019), *La sécurisation culturelle, un concept à préconiser pour la profession du travail social auprès des personnes autochtones : de la théorie à la pratique*, [Mémoire déposé en vue de l'obtention de la maîtrise en service social], Université d'Ottawa.

¹¹² National Aboriginal Health Organization (NAHO) (2008), *Cultural Competency and Safety: A guide for health care administrators, providers and educators*. Ottawa, Ontario, p.4.

¹¹³ Gouvernement du Québec (2021), *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux, Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuits*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Concrètement, ce concept mise sur l'importance de reconnaître les différences culturelles des peuples autochtones, ainsi que l'influence des facteurs structurels sur leurs réalités. Il vise à rendre les services de santé et services sociaux plus adaptés aux réalités culturelles de ces peuples, afin que ceux-ci soient plus enclins à les utiliser et ainsi contribuer à améliorer leur bien-être, leur santé et leurs conditions de vie¹¹⁴.

La sécurisation culturelle repose sur un continuum de trois composantes consécutives, à travers lesquelles l'intervenant chemine et est ainsi en mesure d'être plus compétent et d'agir de manière plus pertinente dans ses interventions auprès de la population autochtone¹¹⁵. Les trois composantes doivent être présentes pour installer un cadre de sécurisation culturelle. Celles-ci sont illustrées dans la **figure 4** qui suit.

¹¹⁴ Conseil canadien de la santé (2012), *Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*, Toronto. Et Morin-Holland, A.-D. (2019), *La sécurisation culturelle, un concept à préconiser pour la profession du travail social auprès des personnes autochtones : de la théorie à la pratique*, [Mémoire déposé en vue de l'obtention de la maîtrise en service social], Université d'Ottawa.

¹¹⁵ Conseil canadien de la santé (2012), *Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*, Toronto.

FIGURE 4

Le continuum de la sécurisation culturelle ¹¹⁶



¹¹⁶ Adapté de : Gouvernement du Québec (2021), *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux, Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuits*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, p.10-11-47. Et Lévesque, C., Radu, I., Sokoloff, M. (2014), *Fiche d'information, Le concept de sécurisation culturelle : origine et portée*, Institut national de la recherche scientifique, Montréal, p.8. Et Conseil canadien de la santé (2012), *Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*, Toronto, p.29.

Le concept de sécurisation culturelle nécessite également un processus de réflexion personnelle par l'intervenant sur ses propres attitudes, croyances, préjugés et valeurs ainsi que les répercussions sur les services qu'il dispense¹¹⁷. Il importe de reconnaître que nous sommes tous porteurs de culture. En ce sens, le CISSS de Lanaudière sollicite la participation de l'ensemble du personnel à se prévaloir du programme de formation sur les réalités autochtones.

Afin d'assurer des soins et services culturellement sécurisants, les pratiques d'intervention suivantes s'avèrent nécessaires pour l'intervenant¹¹⁸ :

- ✚ Être conscient de la méfiance potentielle des peuples autochtones envers les services institutionnels et interagir en recherchant la relation de confiance;
- ✚ Adopter une approche holistique (globale), c'est-à-dire assurer le mieux-être de l'enfant, mais aussi celui de ses parents et de sa famille élargie et prendre en compte tous les enjeux qui influencent la vie de l'enfant;
- ✚ Tenir compte que leur langue fait partie intégrante de leur histoire et culture; que l'intonation et le niveau de voix utilisés ont une signification et sont très importants;
- ✚ Être conscient qu'il n'y a pas qu'une seule culture autochtone. Valider les façons de faire et les façons d'être particulières avec la personne, ses proches et/ou les représentants de la communauté;
- ✚ Étendre le cadre d'intervention à la famille élargie (conseil de famille) et la communauté, considérant leur rôle et leur importance;
- ✚ Prendre en considération l'importance des liens d'attachements multiples que développe l'enfant avec les membres de la famille élargie impliqués dans sa vie (il s'agit d'une autre façon de percevoir la stabilité de l'enfant¹¹⁹);
- ✚ Considérer que la notion du temps ne se vit pas de la même façon pour eux (respecter le rythme des parents);
- ✚ Considérer les antécédents individuels et familiaux et plus largement, l'historique de la communauté;

¹¹⁷ Lévesque, C., Radu, I., Sokoloff, M. (2014), *Fiche d'information, Le concept de sécurisation culturelle : origine et portée*, Institut national de la recherche scientifique, Montréal.

¹¹⁸ Adapté de : Gouvernement du Québec (2021), *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. Et Guay, C. (2015), *Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières*, *Intervention*, (141). Et Gouvernement du Québec (2021), *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux, Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

¹¹⁹ Gouvernement du Québec (2021), *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, p.287.

- ✚ Respecter les croyances entourant les approches de guérison traditionnelles et favoriser l'arrimage de celles-ci avec les soins et services occidentaux;
- ✚ Renforcer leur pouvoir d'agir;
- ✚ Adopter une posture d'égal à égal.

Prendre acte que l'article 37.5 de la LPJ permet de conclure une entente établissant un régime particulier de protection de la jeunesse avec une communauté autochtone, afin d'adapter la loi au contexte et à la réalité des communautés autochtones¹²⁰. Le système d'intervention d'autorité atikamekw SIAA est un régime particulier de protection propre aux communautés atikamekw de Manawan et de Wemotaci qui a fait l'objet d'une entente entre le gouvernement du Québec et le Conseil de la nation Atikamekw (CNA), conformément à l'article 37.5 de la LPJ. Cette entente prévoit que la directrice de la protection sociale (DPS) du SIAA assume l'ensemble des responsabilités dévolues au directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) en matière de protection de la jeunesse, de tutelle et d'adoption ainsi que certaines responsabilités relatives aux jeunes délinquants dévolues au directeur provincial à l'égard des bénéficiaires de l'entente et ce, en toute indépendance et conformément aux règlements du SIAA.

5.6 Intervenir en contexte de langue étrangère

La Loi sur les services de santé et les services sociaux encadre les droits des personnes des différentes communautés culturelles du Québec afin de leur assurer un accès à des services dispensés dans leur langue. D'ailleurs, l'article 15 de la Loi sur les services de la santé et les services sociaux stipule que « Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348 »¹²¹

Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont donc encouragés à faire appel aux services d'un interprète pour leurs interactions avec des usagers autochtones, anglophones ou allophones. Ils peuvent également avoir recours à l'aide d'un interprète en langue des signes québécoise et américaine quand les usagers sont des personnes sourdes francophones ou anglophones. Ainsi, dans le cadre du programme d'intervention en négligence [Tout un village](#), les intervenants demeurent sensibles à cette réalité et trouveront les moyens disponibles afin d'offrir le service le plus adapté à la langue de l'utilisateur.

¹²⁰ Clément, S. (2016), *Lignes directrices permettant d'établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les autochtones*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

¹²¹ 1991, c. 42, a. 15. *Loi sur les services de la santé et les services sociaux*

5.7 Offrir différents types d'accompagnement professionnel

L'intervenant se doit d'intégrer la vision de la négligence comme étant un contexte dû à des conditions adverses et ainsi apprendre à intervenir autrement. Il doit adapter ses interventions en fonction du meilleur type d'accompagnement à offrir aux parents afin d'amener les changements souhaités. Quatre types d'accompagnements sont possibles : « *Faire à la place de* », « *faire avec* », « *faire faire* », et « *laisser-faire* ». L'analyse de la situation permet de déterminer le meilleur type d'accompagnement à offrir.

Selon les compétences des parents, l'accompagnement peut varier d'une activité ou d'une tâche à une autre. L'intervenant doit garder en tête que l'objectif premier est que le parent puisse développer son pouvoir d'agir et son autonomie.

Ainsi, l'accompagnement de type « *faire à la place de* » doit être plutôt exceptionnel. Toutefois, ce type d'accompagnement peut s'avérer nécessaire afin de mobiliser le parent et de créer une relation significative avec celui-ci.

Le tableau 2 qui suit présente les **quatre types d'accompagnements possibles et les impacts de ce type d'intervention sur les parents**¹²² :

TABLEAU 2
Types d'accompagnements et impacts sur les parents

Accompagnement	Situation observée	Impacts de l'intervention
<p>Faire à la place de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une autre personne assure la réponse aux besoins de l'enfant, de manière temporaire ou permanente, selon la situation. 	<p>Le parent n'est pas en mesure de répondre à certains besoins fondamentaux de l'enfant et n'est pas disponible pour faire des apprentissages ou ne se met pas en action.</p> <p>Les limites peuvent être temporaires ou permanentes, mais il est nécessaire de suppléer aux incapacités du parent afin d'assurer la réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant.</p>	<p>Lorsque l'activité/tâche est réalisée par une autre personne que le parent de façon temporaire ou permanente, les besoins de l'enfant sont malgré tout répondus.</p> <p>L'accompagnement du parent a pour but de le sensibiliser à ce qui doit être fait pour répondre aux besoins de l'enfant. Il lui est conseillé de régler ses difficultés.</p>

¹²² Tableau inspiré de : Centre jeunesse de la Montérégie (2010), *Ensembles pour les familles : Programme d'intervention en négligence*, Direction des services professionnels, p.79. Et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (2020), *Ma famille, mes racines : s'unir pour grandir*, Programme d'intervention en négligence 0-12 ans première édition, Québec, p.69-70.

<p>Faire avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner le parent en réalisant une tâche/activité avec lui; ▪ Lui transmettre les informations afin de développer ses connaissances; ▪ Lui enseigner les bonnes façons de faire et l'encourager à agir. 	<p>Le parent éprouve des difficultés à répondre à certains besoins de l'enfant et doit apprendre comment faire.</p>	<p>L'accompagnement concret et le « modeling », par l'intervenant, permettent au parent de développer ses connaissances et compétences, de même que son estime de lui-même via les succès vécus.</p>
<p>Faire faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guider le parent; ▪ Selon la situation, déterminer lui les moyens à prendre ou lui assigner des tâches et faire des retours avec lui. 	<p>Le parent a des compétences, mais est à court de moyens pour certains aspects. Lorsqu'il est guidé ou qu'on lui assigne des tâches, il est en mesure d'agir ou d'assurer la réponse au besoin de l'enfant.</p>	<p>Les parents développent leurs compétences à travers les conseils et l'aide offerte et vivent tout de même des succès, ce qui contribue à développer leur estime personnelle.</p>
<p>Laisser-faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer ce qui est fait; ▪ Encourager, valoriser et offrir le support nécessaire 	<p>Le parent a la capacité d'accomplir seul certaines démarches ou de répondre à certains besoins de l'enfant.</p>	<p>Le parent renforce ses compétences et augmente son pouvoir d'agir. Le renforcement des compétences favorise l'estime personnelle.</p>

5.8 Intervenir en partenariat

La mobilisation du réseau autour de la famille et **l'importance du partenariat** sont incontournables dans la mise en œuvre du programme en négligence TUV. Ainsi la collaboration, la concertation et la mise en commun des expertises et des ressources entre partenaires est essentielle. La création de liens de partenariats étroits avec les milieux scolaire, communautaire, médical, services de garde, etc., a un impact direct sur la prestation de service aux familles vivant en contexte de négligence et sur la mise en œuvre du programme TUV.

Il existe différents niveaux de partenariat possible, en fonction de la complexité de la situation de l'enfant et de sa famille et de leurs besoins. L'échange d'informations et la consultation, la coordination, l'action concertée, sont divers degrés de collaboration.

Tous les partenaires doivent avoir une compréhension commune de la situation de l'enfant et de sa famille (lecture commune des besoins) et veiller à mettre en œuvre des actions qui soient diversifiées, concrètes et intégrées. Les interventions à réaliser pour répondre aux besoins de l'enfant et sa famille doivent être assumées de façon conjointe.

Section 6 – Structure de gestion et de soutien au programme

6 Structure de gestion et de soutien au programme

Afin de favoriser l'intégration de l'approche prônée par le programme TUV, de s'assurer de sa bonne mise en œuvre, de même que du suivi de ses activités, une structure de gestion comportant un comité de coordination, un comité local, ainsi qu'une table régionale de partenaires, sont mis en place.

6.1 Structure de gestion

6.1.1 Comité de coordination régional

Le comité de coordination régional regroupe les coordonnatrices clinico-administratives des services psychosociaux jeunesse de proximité et des services spécifiques (application des mesures), la coordonnatrice régionale du programme lanaudois en négligence TUV, ainsi que de gestionnaires des services de proximité et des services spécifiques (RTS, É/O et application des mesures), afin de s'assurer d'une vision commune des objectifs poursuivis par le programme, ainsi que de sa bonne mise en œuvre. Ce comité établit les indicateurs devant faire l'objet d'un suivi (taux de prise en charge, balises concernant l'intensité et la durée des interventions prévues au programme, etc.). Ses membres ont la responsabilité de mettre en place les conditions nécessaires à l'application conjointe du programme tant auprès des enfants suivis en vertu de la LSSSS que de la LPJ.

Le comité doit se réunir minimalement trois fois par année pour veiller à ce que les orientations stratégiques et cliniques soient endossées et appliquées par les différents acteurs du CISSS de Lanaudière.

Rôles et responsabilités :

- S'assurer du déploiement optimal du programme TUV pour l'ensemble de la région;
- S'assurer de la mise en œuvre des mécanismes d'encadrement et de soutien au sein de l'établissement, afin de favoriser l'intégration du programme dans les pratiques;
- Mettre en place les moyens nécessaires pour assurer la pérennité du programme;
- S'assurer que le programme respecte les balises et exigences ministérielles.

6.1.2 Comité conjoint local

Le comité conjoint local est sous la responsabilité de la coordonnatrice régionale du programme TUV. Ce comité regroupe des gestionnaires des services de

proximité et des services spécifiques, ainsi que les SAC associés au programme TUV.

Le mandat de ce comité est d'assurer que l'esprit du programme soit respecté à l'intérieur des deux missions LPJ et LSSSS. Ce lieu de concertation doit contribuer à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité de l'offre de service clinique en matière de négligence.

Rôles et responsabilités:

- ❖ Assurer une connaissance et une animation continue du programme d'intervention en négligence TUV;
- ❖ Assurer le partage d'une compréhension commune de l'offre de service et du processus clinique du programme auprès des intervenants;
- ❖ S'assurer que les mécanismes de transfert LPJ-LSSSS soient mis en œuvre afin d'assurer une continuité de services;
- ❖ S'assurer que des formations conjointes soient dispensées auprès des intervenants des services de proximité, des services spécifiques et des partenaires de la communauté, afin de favoriser les échanges, la collaboration et la compréhension des mandats de chacun;
- ❖ S'assurer des mécanismes de suivi de la mise en œuvre du programme;
- ❖ S'assurer de la mise en place de la structure de soutien à la pratique.

6.1.3 Table régionale des partenaires

Son mandat est de regrouper les acteurs clés œuvrant auprès des enfants et des familles vivant en contexte de négligence. Sous la responsabilité de la coordonnatrice régionale du programme TUV, cette table regroupe des acteurs du milieu scolaire, communautaire, des services de garde, CPE, ainsi que des représentants des programmes-services jeunesse en santé mentale, dépendance et déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique.

Rôle et responsabilités :

- ❖ Assurer la promotion et l'appropriation du programme en négligence TUV;
- ❖ Mobiliser les partenaires afin de mettre à la disposition des enfants et des familles une offre de service concertée en réponse à leurs besoins;
- ❖ Partager une vision écosystémique de la problématique de la négligence et promouvoir une approche d'intervention en partenariat;
- ❖ Permettre la mise en commun d'outils reconnus pour favoriser une approche participative auprès des parents et susciter leur pouvoir d'agir;
- ❖ Identifier les besoins de service des enfants et des familles et assurer l'application d'ententes de service et de partenariat permettant de répondre à ces besoins.

6.2 Structure de soutien à la pratique

Afin d'assurer une intervention efficace auprès des familles vivant en contexte de négligence et l'appropriation des principes cliniques du programme auprès des intervenants, la mise en place de divers mécanismes de soutien et d'encadrement à la pratique clinique s'avèrent essentiels. La supervision clinique, le soutien ponctuel face aux situations d'interventions plus complexes, les communautés de pratiques, le co-développement, de même que les activités de sensibilisation et de formations, sont des moyens à mettre en place afin de favoriser l'amélioration des pratiques et le partage des connaissances.

6.2.1 Les communautés de pratiques

Les communautés de pratiques se veulent un espace pour discuter cliniquement des expériences vécues par les intervenants TUV concernant la problématique de la négligence et réfléchir ensemble aux meilleures actions à prendre. Elles visent également à soutenir l'appropriation des outils cliniques ainsi que l'approche prônée par le programme, de même qu'à clarifier les besoins de soutien et de formations.

En services de proximité, les communautés de pratique sont animées par le CIP TUV, en collaboration avec le SAC TUV, à raison d'une fois par mois. Elles regroupent tous les intervenants TUV.

En services spécifiques les communautés de pratique sont animées par le SAC de l'application des mesures associé au programme TUV. Elles s'adressent aux intervenants qui appliquent le programme TUV de chacune des équipes de l'application des mesures. Ces rencontres ont lieu de façon mensuelle.

6.2.2 Activités de formation et de sensibilisation

Les activités de formation sont essentielles pour assurer l'appropriation du programme auprès des divers intervenants œuvrant en contexte de négligence. Une activité de formation sur les bonnes pratiques d'intervention en négligence sera animée par le SAC TUV ainsi que le SAC de l'application des mesures associé au programme TUV, à raison d'une fois par année ou plus, selon les besoins. Cette formation s'adresse aux intervenants des services de proximité, des services spécifiques, ainsi qu'aux partenaires du CISSS de Lanaudière œuvrant auprès des enfants et des familles vivant en contexte de négligence. Des formations connexes permettant une connaissance plus approfondie du phénomène de la négligence sont également à favoriser, afin de soutenir le développement professionnel des intervenants TUV.

Il importe de promouvoir de façon régulière le programme par des activités de sensibilisation auprès des équipes des services de proximité et des services spécifiques, mais également auprès des partenaires du réseau. Une activité annuelle de sensibilisation auprès des partenaires est à prévoir, afin de favoriser la compréhension, l'adhésion et la référence au programme TUV.

Section 7 – Rôles des différents acteurs au programme

7 Rôles des différents acteurs au programme

7.1 Coordonnateur régional

- ❖ Coordonner l'implantation du programme;
- ❖ Animer et organiser le comité de coordination régional et le comité conjoint local;
- ❖ Assurer la liaison avec les instances décisionnelles des établissements et des organismes partenaires locaux;
- ❖ Assurer l'application d'ententes de partenariat avec des établissements et des organismes de la communauté;
- ❖ Réaliser le plan d'action annuel visant la mise en œuvre du programme;
- ❖ Planifier et organiser les activités de sensibilisation et de formation;
- ❖ Assurer la reddition de compte et le suivi des indicateurs du programme;
- ❖ Dresser un bilan annuel de la mise en œuvre du programme.

7.2 Gestionnaires des services de proximité et des services spécifiques du CISSS de Lanaudière

- ❖ S'approprier la philosophie d'intervention et le processus clinique du programme TUV;
- ❖ Promouvoir le programme auprès des intervenants et des partenaires œuvrant en contexte de négligence;
- ❖ Soutenir les intervenants dans le repérage de la clientèle et la référence vers le programme;
- ❖ S'assurer de mettre en place pour les intervenants TUV, les conditions nécessaires à l'application de la philosophie d'intervention du programme et au travail en partenariat;
- ❖ S'assurer que l'offre de service de groupe pour la clientèle des services de proximité et des services spécifiques puisse s'offrir dans une vision de services intégrés (mixité de clientèle et d'animateurs);
- ❖ Assurer le suivi de la mise en œuvre du programme auprès de leur équipe respective.

7.3 Spécialiste en activités clinique (SAC) du programme TUV des services de proximité

- ❖ Identifier, en collaboration avec les intervenants TUV et les partenaires, les services et activités répondant aux besoins des enfants et des familles ciblées au programme TUV;
- ❖ Assurer la diffusion du programme TUV et favoriser sa pérennité;

- ❖ Participer à l'amélioration continue de l'offre de service clinique en fonction des orientations de l'établissement;
- ❖ S'assurer, en collaboration avec le CIP TUV, que le processus clinique du programme soit bien intégré et respecté par les intervenants TUV;
- ❖ Réaliser ou collaborer au développement, à la conception et à la diffusion des outils à la pratique;
- ❖ Soutenir l'appropriation des outils cliniques par les intervenants TUV;
- ❖ Collaborer, avec la coordonnatrice régionale et les gestionnaires des services de proximité, à l'identification des normes et standards de la pratique professionnelle;
- ❖ Animer des activités de sensibilisation et de formation au sein de l'établissement et auprès des partenaires de la communauté;
- ❖ Soumettre à la coordonnatrice régionale, les activités de développement de la pratique professionnelle pertinentes à l'intervention en négligence;
- ❖ Participer aux communautés de pratique;
- ❖ Collaborer avec le coordonnateur régional et l'agent de programmation, de planification et de recherche (APPR) à l'application d'ententes de partenariat avec des établissements et des organismes de la communauté.

7.4 Spécialiste en activité clinique (SAC) du service de l'application des mesures, associé au programme TUV

- ❖ S'approprier la philosophie d'intervention et le processus clinique du programme TUV et assurer sa diffusion;
- ❖ Agir à titre d'ambassadeur du programme TUV et à titre de personne de référence pour les intervenants des services spécifiques;
- ❖ S'assurer, en collaboration avec les CIP, que le processus clinique du programme soit bien intégré et respecté par les intervenants TUV;
- ❖ Soutenir les intervenants des services spécifiques dans leur appropriation du programme;
- ❖ Offrir aux intervenants TUV du soutien concret (savoir-faire) et les accompagner dans l'utilisation des outils AIDES au besoin en collaboration avec la CIP des services spécifiques;
- ❖ Accueillir les demandes d'accès au programme TUV en provenance du service É/O et du service de l'AM et valider l'admissibilité de la famille selon les critères d'accès;
- ❖ Assurer le monitoring des familles inscrites au programme TUV (respect de l'intensité de service, utilisation des outils, complétion d'un PSI, tenue de dossier dans PIJ, etc.) ;
- ❖ Animer des activités de sensibilisation et de formation au sein de l'établissement et auprès des partenaires de la communauté au besoin.

7.5 Coordonnateur interprofessionnel (CIP) des services de proximité associé au programme TUV

- ❖ S'approprier la philosophie d'intervention et le processus clinique du programme TUV;
- ❖ Accueillir les demandes d'accès au programme TUV des partenaires internes et externes (identifiés dans le pas-à-pas) et valider l'admissibilité de la famille selon les critères d'accès;
- ❖ Soutenir les intervenants référents dans l'orientation des familles vers d'autres ressources ou services, lorsque celles-ci ne sont pas retenues dans le cadre du programme TUV;
- ❖ Coordonner les transferts personnalisés entre les programmes-services;
- ❖ Assurer la gestion de la liste d'attente au programme TUV;
- ❖ Assurer la révision statutaire des charges de cas des intervenants TUV, selon les normes et standards de la pratique professionnelle;
- ❖ Assurer un soutien clinique aux intervenants TUV des services de proximité;
- ❖ Soutenir les intervenants dans l'appropriation et l'application du programme TUV;
- ❖ Collaborer, avec le gestionnaire, à l'accueil et l'intégration des nouveaux intervenants TUV dans l'équipe;
- ❖ Planifier et animer les activités de soutien clinique de groupe auprès des intervenants TUV;
- ❖ S'assurer du monitoring des familles inscrites au programme TUV.

7.6 Coordonnateurs interprofessionnels (CIP) des services spécifiques

- ❖ S'approprier la philosophie d'intervention et le processus clinique du programme TUV;
- ❖ Soutenir les intervenants dans l'identification des familles pouvant bénéficier du programme TUV;
- ❖ Offrir aux intervenants TUV du soutien concret (savoir-faire) et les accompagner dans l'utilisation des outils AIDES;
- ❖ Solliciter le soutien de la SAC du service de l'application des mesures associée au programme TUV;
- ❖ Assurer une vigie et communiquer les enjeux relatifs à l'application du programme à la SAC associée au programme TUV;
- ❖ Offrir du soutien clinique aux intervenants TUV.

7.7 Agent de planification, de programmation et de recherche (APPR)

- ❖ S'approprier la philosophie d'intervention et le processus clinique du programme TUV;
- ❖ Soutenir le coordonnateur régional dans la réalisation des mandats et projets TUV;

- ❖ Guider les gestionnaires, les CIP, les SAC, les formateurs et les intervenants ressources désignés dans l'application du programme TUV (consultation en regard de son champ d'expertise clinique spécifique);
- ❖ Conseiller le coordonnateur régional relativement à la mise en œuvre du programme TUV;
- ❖ Coordonner la rédaction et la correction du guide d'intervention TUV avec les instances internes et externes;
- ❖ Soutenir la mise en place du programme TUV et particulièrement le suivi des indicateurs de gestion;
- ❖ S'assurer que les ententes de partenariat avec les organismes de la communauté répondent aux besoins de la clientèle visée par le programme d'intervention en négligence TUV et ce, en collaboration avec le coordonnateur régional et le SAC TUV des services de proximité;
- ❖ Développer des outils et/ou instruments de mesure qui répondent aux besoins liés à la reddition de compte au MSSS;
- ❖ Créer des outils de monitoring, grilles de qualification, sondages, etc. au besoin;

S'assurer:

- ❖ Que les résultats de recherche, les bonnes pratiques et les pratiques novatrices, en lien avec le programme TUV, soient recensés et utilisés;
- ❖ Que les activités de recherche soient faites dans le respect des ententes convenues;
- ❖ Que des experts de contenus soient consultés lorsque nécessaire en vue du développement et de la diffusion des meilleures pratiques;
- ❖ Que les outils cliniques proposés soient, dans la mesure du possible, des outils validés et en concordance avec ceux du milieu;
- ❖ Que la pérennité du programme d'intervention en négligence TUV soit prévue;
- ❖ Du maintien d'une vision transversale de la mise en œuvre du programme TUV.

7.8 Partenaires du réseau territorial de services

- ❖ S'approprient la philosophie d'intervention du programme TUV;
- ❖ Participent à la table régionale des partenaires;
- ❖ Ciblent, parmi leur clientèle, les familles vivant en contexte de négligence, pouvant bénéficier du programme TUV et effectuent une référence formelle selon les modalités établies (pas-à-pas);
- ❖ Collaborent à la dispensation de services aux familles avec l'intervenant TUV au suivi de la famille;
- ❖ Offrent des activités individuelles et de groupes dans la collectivité, s'adressant aux enfants et aux familles vivant en contexte de négligence;
- ❖ Collaborent aux PSI/PSII, lorsque requis, afin d'assurer la concertation dans les actions à mettre en place auprès des familles;

- ❖ Participent à l'utilisation du cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant avec l'intervenant TUV au suivi de la famille;
- ❖ Participent aux activités de sensibilisation et de formation offertes dans le cadre de la mise en œuvre du programme;
- ❖ Actualisent des ententes de partenariats avec le CISSS de Lanaudière afin de répondre aux besoins de services des enfants et des familles vivant en contexte de négligence.

Références

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux (2005). *Faire la courte échelle*, [En ligne], Mauricie, Centre du Québec, <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1363255>
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (2013). *Cadre de référence régional : Programme CADOE, Collectivement Agir pour le Développement Optimal des enfants : Programme de services intégrés en négligence en Chaudière-Appalaches*, Sainte-Marie, Québec.
- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (2014). *Semer l'Avenir : Cadre de référence programme en négligence*, Québec.
- Agence de la santé et des services du Bas-Saint-Laurent (2011). *Programme l'EnTrain-cadre de référence régional*, Québec.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (2014). *Programme d'intervention en négligence sur la Côte-Nord : Boréal*, [En ligne], Baie-Comeau. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Cote-nord/9782890032859.pdf>
- Assemblée nationale du Québec (2014). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Chapitre S4-2, art. 102, Québec.
- Association des Centres jeunesse du Québec (ACJQ) (2010). *La négligence, Faites-lui face, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux*, [En ligne], https://aidef-tele.org/site/docs/BilanDPJ_QC/2010_acj1001_bilandirecteurs-9.pdf
- Association des Centres jeunesse du Québec (ACJQ) (2008). *Intervention auprès des familles en situation de négligence, Cahier du participant, compétences spécifiques réseau*, module 207, Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR.
- Baba, L. (2013). *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelle en éducation, en formation et dans les services de santé*, [En ligne], Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-FR.pdf>
- Bérubé, A. et coll. (2015). *Élaboration d'un outil écosystémique et participatif pour l'analyse des besoins des enfants en contexte de négligence : L'outil Place aux parents*, [En ligne], *Revue de psychoéducation*, 44 (1), <https://doi.org/10.7202/1039273ar>
- Bilodeau, G (1993). *Méthodologie de l'intervention sociale et interculturalité*, *Service social*, [En ligne], 42 (1), 25-48, <http://id.erudit.org/iderudit/706598ar>
- Bronfenbrenner, U (1979). *The Ecology of Human Development*, [En ligne], Cambridge, Harvard: University press, https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokos-z1.pdf

- Brousseau, M., Beaudry, M., Simard, M., et Charbonneau, C. (2009). *Le « Projet famille » en contexte de négligence, Développement et expérimentation d'une intervention familiale*, [Rapport de recherche], Québec : Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.
- Brousseau, M. (2012). *Interventions et programmes en contexte de négligence : Évolution et défis de l'intervention auprès des familles*, [En ligne] *Enfances, Familles, Générations*, (16), 95–112, <https://doi.org/10.7202/1012803ar>
- 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, [biblio.uqar.ca].
- Centre de santé et services sociaux de Laval et Centre jeunesse de Laval (2014). *PIILE : programme d'interventions intégrées Lavallois pour les enfants, Guide du programme d'intervention en négligence*, Laval, Québec.
- Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent (2018). *Guide de pratique du programme d'intervention en négligence (PIN)*, Direction du programme jeunesse et Direction de la protection de la jeunesse.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal (2019). *L'approche interculturelle dans le processus d'aide, Fiche synthèse*, [En ligne], Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile, Direction des services intégrés de première ligne, <https://cerda.info/wp-content/uploads/2019/02/FS-Lapproche-interculturelle-dans-le-processus-daide.pdf>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (2016). *Défi jeunesse : Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire : Place aux pères*, [En ligne], XXII (2), 52-55, <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3481105>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (2019). *40 ans d'expertise pour bâtir l'avenir : Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux, 2018-2019*.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (2016). *Cadre de référence sur les pratiques collaboratives dans une démarche clinique*, mis à jour en juillet 2018, Direction des services multidisciplinaires.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (2019). *Politique sur les plans d'intervention*, Direction des services multidisciplinaires.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (2015). *Politique des plans de services individualisés (PSII) et des plans d'intervention (PI)*, Direction de la protection de la jeunesse et Direction programme jeunesse.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (2021). *Guide d'accompagnement PID-PII-PSI*, Direction des services multidisciplinaires.

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (2020). *Ma famille, mes racines : s'unir pour grandir*, Programme d'intervention en négligence 0-12 ans première édition, Québec.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2015). *Programme Elan famille : Intervention en contexte de négligence*, Québec.
- Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire (2006). *Guide de pratique : Intervention psychosociale en négligence auprès des usagers 6-13 ans*, Beauport, Québec.
- Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire (2011). *Programme-cadre montréalais en négligence, La compréhension de la problématique de la négligence*, Bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2010). *Ensembles pour les familles : Programme d'intervention en négligence*, Direction des services professionnels.
- Chamberland, C., Dufour, S., Lemay, L., Clément, M.-E., Lessard, D., Poirier, M.-A., (2015). *L'analyse écosystémique et participative des besoins des enfants vulnérables au Québec : 15 ans de recherche et d'intervention*, [En ligne], Revue de psychoéducation, 44 (2), 457-468, <https://www.researchgate.net/publication/298110587>
- Chamberland, C. et coll. (2012). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES*, [Rapport de recherche no 6150-U1], Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada et ministère de la Sécurité publique du Québec. <https://initiativeaides.ca/wpcontent/uploads/2017/05/AIDESrapportfinaljuillet2012final.pdf>
- Chamberland, C. (2017). *L'action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES) une innovation sociale québécoise centrée sur les besoins de développement des enfants*, [Document PPT], Roubaix, https://initiativeaides.ca/wp-content/uploads/2018/07/AIDES2017_Roubaix.pdf
- Clément, S. (2016). *Lignes directrices permettant d'établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les autochtones*, [En ligne], La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, [msss.gouv.qc.ca].
- Cloutier, R. (2009). *Ça prend tout un village pour élever un enfant*, [En ligne], Association Canadienne de Santé Mentale, On gagne à se reconnaître, Cahier Publicitaire pour la semaine nationale de santé mentale, https://santementaleca.com/docs/cnsm/09_cahier_special.pdf
- Cohen-Émérique, M. (1993). *L'approche interculturelle dans le processus d'aide*, [En ligne], Santé mentale du Québec, 18 (1), 71-91, <https://id.erudit.org/iderudit/032248ar>
- Comité régional de collaboration de l'entente MSSS-MELS (2010). *La démarche PSII dans Lanaudière : Guide de référence*, Commission scolaire des Samares.

- Conseil canadien de la santé (2012). *Empathie, dignité et respect, Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*, [En ligne], Toronto, Ontario, Gouvernement du Canada, <https://publications.gc.ca/site/fra/9.642014/publication.html>
- Cook, A., et al. (2005). *Complex trauma in children and adolescents*, [En ligne], Psychiatric Annals, 35 (5), 390-398, <https://www.researchgate.net/publication/264230758>
- DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment*, [En ligne], U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau, <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/neglect.pdf>
- Dufour, S., Clément, M.-E. et coll. (2019). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, 2^e édition, Les Éditions CEC Inc., Anjou, Québec, chapitre 2, p.103-135.
- Ethier, L.S., Bourassa, L., Klapper, U., Dionne, M. (2006). *L'évolution des familles négligentes : Chronicité et typologie*, État de suivi 1992 à 2005, [En ligne], Rapport de recherche du Fond Québécois de la Recherche de la Société et de la Culture, Gouvernement du Québec, <https://cwrp.ca/fr/node/664>
- Éthier, L.S., Nolin, P., Adam, D., Bourassa, L., Simard, I. (2010). *Le Programme ETRE : contrer les effets des traumatismes relationnels chez les enfants*. Dans Lafortune, D., Cousineau, M.-M., Tremblay, C. (dir.). *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, p.199-220.
- Ethier, L.S., Couture, G., Lacharité, C. (2000). *Impact of a Multidimensional Intervention Program Applied to Families at Risk of Child Neglect*, [En ligne], Child abuse Review, 9 (1), p.19-36, [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0852\(200001/02\)9:1<19::AID-CAR584>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0852(200001/02)9:1<19::AID-CAR584>3.0.CO;2-4)
- Gervais, C. (2014). *Développement, implantation et évaluation d'une initiative de promotion et de soutien à l'engagement paternel*, [Thèse de doctorat], Université du Québec à Montréal, <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7534/1/030826571.pdf>
- Gouvernement du Québec (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, [En ligne], Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, www.csdepj.gouv.qc.ca
- Gouvernement du Québec (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, [En ligne], Résumé du rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, www.csdepj.gouv.qc.ca
- Gouvernement du Québec (2021). *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux, Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuits*, [En ligne], La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003056/>
- Guay, C. (2015). *Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières*, *Intervention*, [En ligne],

(141), 17-27, https://revueintervention.org/wpcontent/uploads/2020/05/intervention_141_2_familles_autochtones_des_realites_sociohistoriques_c_guay.pdf

Initiative Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité AIDES (2021). *Formation Initiative AIDES, jour 1, Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement de l'enfant*, [Document PPT], Praxis, Centre de développement professionnel, Faculté des arts et sciences, Université de Montréal.

Initiative Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité AIDES (2021). *Formation Initiative AIDES, jour 2 : Approche participative avec les enfants et les parents*, [Document PPT], Praxis, Centre de développement professionnel, Faculté des arts et sciences, Université de Montréal.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants, État des connaissances*, [En ligne], Québec, https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1771_CondSucActDeveEnf_EtatConn.pdf

Jancarik, A.-S. (2012). *Je tisse des liens gagnants, Guide d'implantation d'un programme d'intervention en négligence en Montérégie*, [En ligne], Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, <http://hdl.handle.net/1866/16333>

Lacharité, C. (2009). *L'approche participative auprès des familles*. Dans Lacharité, C., Gagnier, J.-P. (dir.). *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action*, Éditions Gaëtan Morin, Université du Québec à Trois-Rivières, p.158-195.

Lacharité, C., Pinard, P., Giroux, P., Cossette, F. (2007). *Faire la courte échelle, développement d'un programme de services intégrés pour contrer la négligence envers les enfants*, Montréal, Québec, Les Presses de l'université du Québec.

Lacharité, C., Ethier, L., Nolin, P. (2006). *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*, *Bulletin de psychologie*, [En ligne], 59 (4), 381-394, [10.3917/bupsy.484.0381].

Lacharité, C., Fafard, G., Bourrassa, L. et coll. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC²)*, Trois-Rivières, Québec : GRIN/UQTR.

Lafantaisie, V. (2017). *Recherche et intervention en négligence : Comment expliquer l'exclusion du point de vue des familles dans ces espaces institutionnels*, [Thèse de doctorat], Université du Québec à Trois-Rivières, <http://depot-e.uqtr.ca/8043/>

Leclerc, A.-M. et coll. (2018). *Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent, Perspective Infirmière*, [En ligne], 15 (3), 50-68, <https://www.oiiq.org/w/perspective-infirmiere-vol-15-no-3-2018-3.pdf#page=50>

Lemay, J.-F. (2016). *Cadre d'intervention sur le sentiment de compétence parentale, Cal-en-bourg 0-5 ans*, [En ligne], JFL consultants, Montréal, <https://calenbourg.com/wp-content/uploads/2015/10/Sentiment-de-competence-parents.pdf>

- Lemay, L. (2009). *Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment)*. Dans Lacharité, C., Gagnier, J.-P. (dir.). *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action*, Éditions Gaëtan Morin, Université du Québec à Trois-Rivières, p.102-127.
- Lepage, P. (2019). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones* (3e édition), [En ligne], Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) et l'Institut Tshakapesh, www.cdpedj.qc.ca/publications/Mythes-Realites
- Lévesque, C., Radu, I., Sokoloff, M. (2014). *Fiche d'information, Le concept de sécurisation culturelle : origine et portée*, [En ligne], Institut national de la recherche scientifique, Montréal, agirtot.org/media/inrs_art_securisation-culturelle_abi-pro_2014
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, [En ligne], chapitre S-4.2, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-4.2.pdf>
- Milot T., Ethier, L.S., St-Laurent, D., Provost M. (2011). *Le traumatisme complexe et les relations d'attachement en contexte de négligence*, *Revue Québécoise de psychologie*, 32 (2), 79-99.
- Ministère de la Famille (avec la collaboration du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et du ministère de la Santé et des Services sociaux) (2014). *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : Une vision partagée pour des interventions concertées*, [En ligne], Québec, <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Favoriser-ledeveloppementglobal-des-jeunes-enfants-au-quebec.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté : Offre de service 2007-2012*, Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, [En ligne], Québec, www.msss.gouv.qc.ca/section/Documentation/rubrique/Publications
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Les enfants, notre priorité! Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2021*, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Les enfants, notre priorité! Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2021*, [Document PPT], Québec.
- Morin-Holland, A.-D. (2019). *La sécurisation culturelle, un concept à préconiser pour la profession du travail social auprès des personnes autochtones : de la théorie à la pratique*, [Mémoire déposé en vue de l'obtention de la maîtrise en service social], Université d'Ottawa, https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/39757/1/Morin-Holland_Alexie_2019.pdf

- National Aboriginal Health Organization (NAHO) (2008). *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators*, [En ligne], Ottawa, Ontario, <http://www.naho.ca/documents/naho/publications/cultural-competency.pdf>
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2011). *Cadre de référence - Évaluation de la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles*, [En ligne], Montréal, <https://www1.otstcfq.org/documentation/evaluation-de-la-dynamique-des-systemes-relationnels-des-couples-et-des-familles>
- Petitpas, J., Pauzé, R., Albert, J., Julien C. (2016). *Recension des écrits sur les facteurs de risque associés à la négligence parentale, sur les conséquences possibles sur les enfants et les interventions*, [En ligne], révisé en juillet 2019, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Université Laval, CRUJEF, <https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2019/09/Recension-n%C3%A9gligence-mise-%C3%A0-jour-juillet-2019.pdf>
- Pouliot, E., Saint-Jacques, M. (2006). *L'implication des pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : Un discours et une pratique qui s'opposent*, [En ligne], Enfances, Familles, Générations, (3),146-162, <http://www.efg.inrs.ca/wp-content/uploads/2018/03/29-117-1-PB.pdf>
- Proulx, I. (2013). *Définitions, conditions et défis de l'alliance parent-intervenant en contexte d'aide contrainte : Points de vue des parents et des professionnels en centre Jeunesse*, [Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke], <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6672>
- Turcotte, G., Pilote, C. et coll. (2012). *Inventaire des outils cliniques en négligence : Rapport final*, Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire et Centre jeunesse de Québec-Institut Universitaire, Québec.
- Turcotte, G. (2011). *Le projet Relais-pères, Une pratique de proximité pour soutenir les pères en situation de vulnérabilité*, [En ligne], La revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, (135),84-95, https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_135_8._le_projet_relais-peres.pdf
- Turcotte, G. (2014). *Coup d'œil sur l'engagement paternel, Faire place aux pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : enjeux, défis et pistes d'action*, [En ligne], https://iujd.ca/sites/iujd/files/media/document/coup_doeil_sur_la_paternit%C3%A9_et_lintervention.pdf
- Milot, T., Bolduc, M.-E., Gascon, A., Turgeon, J., St-Laurent, D. (2019). *La négligence envers les enfants, Dans La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Les Éditions CEC Inc., 2^e édition, Québec.

- Quévillon, L. et coll. (2013). *Programme d'intervention en négligence lanauois Tout un village*, Agence de la santé et des services sociaux, CSSS du nord et du sud de Lanaudière et les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Young, S. (2011). *Programme cadre montréalais en négligence : Alliance, un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille*, Document adopté à la Table des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté, Collaboration du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire, Centre jeunesse et de la famille Batshaw, Centres de santé services sociaux de la région de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal.
- Young, S. (2012). *Programme cadre montréalais en négligence : La compréhension de la problématique de la négligence*, Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.

ANNEXE 1 – Aide-Mémoire

AIDE-MÉMOIRE

Programme d'intervention en négligence

Tout un village



Brève description du programme lanauois en négligence

Dans la région de Lanaudière, le programme d'intervention en négligence ***Tout un village (TUV)***, vise une mise en commun des forces de toutes les personnes gravitant autour de l'enfant (famille immédiate, famille élargie, organismes communautaires, institutions scolaires, services de garde, municipalités, réseau de la santé et des services sociaux, etc.), pour soutenir le bien-être, la sécurité et le développement des enfants âgés de 12 ans et moins.

Approche d'intervention préconisée

Tout un village s'inspire du modèle d'intervention promue par l'Action Intersectorielle pour le Développement des enfants et de leur Sécurité (**AIDES**), s'adressant aux enfants et à leur famille qui vivent dans un contexte de vulnérabilité et reçoivent des services de plusieurs acteurs. Ce modèle d'intervention vise la cohérence des actions autour des besoins des enfants en prenant en compte leur point de vue (lorsque l'âge et le niveau de développement le permettent) et celui de leurs parents. **AIDES** propose une démarche centrée sur le dialogue, l'échange et le partage entre la famille, les personnes significatives et les partenaires.

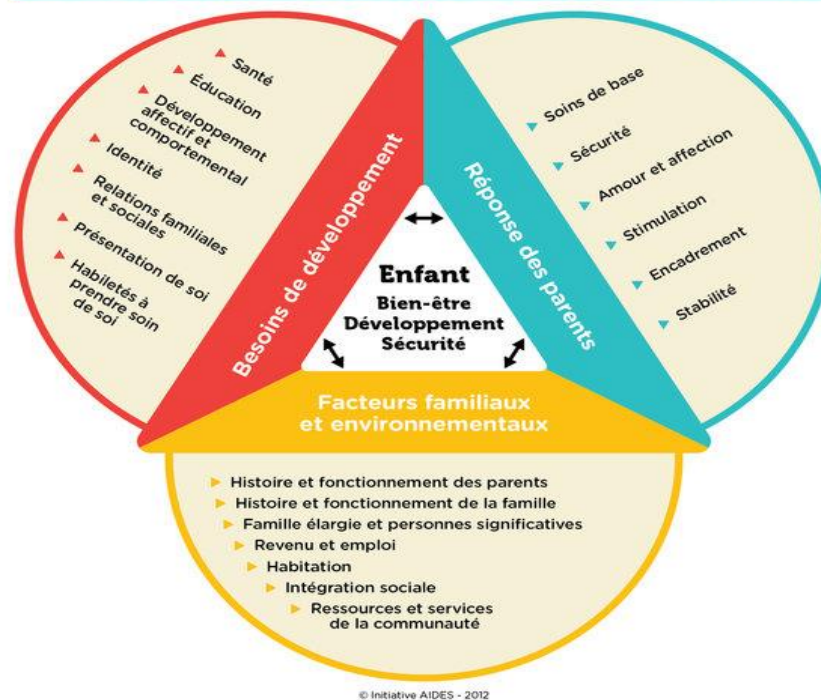
Ses fondements

- ❖ **La centration sur les besoins de l'enfant à l'aide du cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants :**

Le cadre d'analyse écosystémique sert d'assise pour le programme **TUV**. Représenté par un triangle (graphique ci-dessous), ce cadre situe l'enfant au centre des préoccupations. Il est composé de trois systèmes interdépendants les uns des autres, qui comptent chacun plusieurs dimensions.

Ces 3 systèmes sont : **Les besoins de développement des enfants, les réponses des parents afin de les satisfaire et les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins.** Tenir compte de l'interdépendance de ces 3 systèmes permet d'obtenir une meilleure compréhension de la situation des enfants, de dresser un portrait plus précis des facteurs de protection et des facteurs de risque dans leur vie et d'identifier ainsi les services les plus appropriés pour favoriser leur bien-être.

CADRE D'ANALYSE ÉCOSYSTÉMIQUE DES BESOINS DE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS



Source : ©Initiative AIDES 2012

❖ L'approche participative :

- ✚ Favoriser et soutenir la participation du parent et de l'enfant aux discussions et aux décisions qui les concernent;
- ✚ Accorder de l'importance au point de vue de la famille et des partenaires (école, organismes communautaires, famille élargie, etc.), quant à la perception et compréhension qu'ils ont des besoins de l'enfant et du type de réponse à leur apporter;
- ✚ Tenir compte du savoir du parent, de ses préoccupations, de ses intentions et de ses initiatives;
- ✚ Susciter le pouvoir d'agir du parent.

- ❖ **Le partage d'une vision et d'une compréhension commune des besoins de l'enfant :**
 - ✚ Développer une vision et un langage communs dans la lecture et la réponse aux besoins de développement de l'enfant à l'aide du cadre d'analyse écosystémique.
- ❖ **La cohérence et la concertation des actions autour de l'enfant :**
 - ✚ Favoriser la mise en place d'actions et de services concertés, cohérents et complémentaires, qui répondent aux besoins de l'enfant et de ses parents.
- ❖ **La responsabilité collective :**
 - ✚ La responsabilité collective signifie que la sécurité, le bien-être et le développement optimal de l'enfant sont des responsabilités à partager entre les différents partenaires impliqués. Ceux-ci s'engagent à faire partie de la solution en mettant à contribution leurs compétences et leur expertise respectives.

L'essence du programme *TUV* se définit par:

- Le partenariat;
- Une compréhension écosystémique commune des besoins de développement de l'enfant;
- Une approche participative;
- Des actions directes auprès de l'enfant et de ses parents;
- Des actions collectives s'adressant aux membres de la famille;
- Un accompagnement familial soutenu par l'entremise des différents partenaires impliqués.

Les objectifs du programme

- ✚ Développer ou restaurer les habiletés ou les compétences liées à l'exercice du rôle parental et diminuer le stress parental;
- ✚ Soutenir la réponse aux besoins de l'enfant dans les différents milieux de vie qu'il fréquente par les différents acteurs du réseau;
- ✚ Favoriser les conduites responsables et la sensibilité des figures parentales à l'égard des besoins de leur enfant;
- ✚ Développer auprès des figures parentales, le soutien social nécessaire à l'exercice de leurs responsabilités auprès de leur enfant;
- ✚ Augmenter la disponibilité psychologique des figures parentales;
- ✚ Favoriser l'intégration sociale des familles au sein de leur communauté;
- ✚ Prévenir les situations pouvant mener à la compromission ou au risque de compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant;

- ✚ Diminuer le recours au placement de l'enfant vivant dans un contexte de négligence;
- ✚ Éviter la transmission intergénérationnelle du contexte de la négligence.

La clientèle ciblée

Critères d'admissibilité :

Le programme s'adresse aux enfants âgés de 0 à 12 ans, ainsi qu'à leur famille, qui présentent les caractéristiques suivantes :

- ✚ Vivent une situation de négligence périodique, récurrente ou installée/chronique;
- ✚ Il n'y a pas urgence d'agir pour prévenir un placement et les services pourraient se déployer sur une période allant jusqu'à 24 mois;
- ✚ La négligence est la problématique majeure associée ou non à d'autres problématiques;
- ✚ La sécurité ou le développement de l'enfant est considéré comme étant préoccupant ou compromis pour des motifs de négligence, en vertu de l'article 38 b) 1°i-ii-iii ou 38 b) 2° de la LPJ;
- ✚ Les figures parentales consentent de manière libre et éclairée, à l'offre de service du programme *Tout un village*. Néanmoins, pour les enfants et familles suivies en vertu de la LPJ, l'offre de service clinique du programme TUV peut correspondre aux besoins des enfants et des familles sans que ceux-ci aient explicitement consenti à participer au programme TUV. Ils pourraient donc être inscrits à ce programme;
- ✚ Les figures parentales présentent une reconnaissance et une motivation minimale à modifier la situation;
- ✚ L'enfant vit dans son milieu familial ou est placé temporairement dans un milieu substitut et le retour dans sa famille est envisageable.

Autres facteurs permettant de mieux repérer la clientèle admissible :

De la clientèle cible découle d'autres facteurs permettant de mieux identifier les familles pouvant bénéficier du programme **TUV** :

- ✚ Présence d'un historique de signalements multiples auprès de la Direction de la protection de la jeunesse ou de placements;
- ✚ Présence de difficultés multiples et persistantes dans plusieurs dimensions personnelles chez le(s) figure(s) parentale(s) (santé mentale, problème de santé physique, toxicomanie, isolement social, violence conjugale, etc.);
- ✚ Présence de retards de développement, des problèmes de comportement ou des difficultés d'adaptation chez l'enfant;
- ✚ Présence de facteurs de risque élevés au sein de la famille et peu de facteurs de protection;
- ✚ Histoire intergénérationnelle de négligence;
- ✚ Difficulté des figures parentales à saisir les besoins de l'enfant.

Les trois niveaux de négligence du continuum de sévérité et de chronicité qui sont admissibles au programme **TUV** :

Périodique ➡ **Récurrente** ➡ **CHRONIQUE/INSTALLÉE**

1. **Périodique** : La famille a connu des périodes de vie fonctionnelles qui indiquent qu'elle possède des capacités. Les parents éprouvent de la difficulté à répondre aux besoins de l'enfant, mais ont généralement des ressources personnelles et environnementales pour mettre fin à la situation problématique.
2. **Récurrente** : Il y a présence de sérieuses lacunes sur le plan des capacités parentales. Plusieurs facteurs de risques individuels, familiaux et environnementaux sont présents. Les figures parentales présentent une faible capacité à modifier la situation même s'ils expriment un désir de le faire. Toutefois, l'ouverture à l'intervention demeure présente et offre une perspective de changement.
3. **Chronique/installée**: Les figures parentales présentent un cumul de difficultés importantes à plusieurs niveaux (santé mentale, dépendance, déficience intellectuelle, violence, etc.). La situation de négligence persiste depuis plusieurs années, voire depuis plus d'une génération, avec des conséquences importantes pour l'enfant. Les figures parentales présentent peu ou pas de motivation à modifier la situation et pronostic concernant la diminution des conduites négligentes est plus sombre.



IMPORTANT

La clientèle en contexte de négligence situationnelle n'est pas ciblée par le programme d'intervention en négligence **Tout un village**.

La durée du suivi psychosocial et l'intensité de service

- L'intervention dans le cadre du programme est d'une **durée maximale de 24 mois**;
- La fin du service du programme **TUV** n'a pas d'incidence sur la poursuite des autres services qui sont offerts à l'intérieur du CISSS de Lanaudière;
- Tel que prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), **l'intensité de service minimale requise** dans le cadre du programme en négligence **est de 1 à 2 interventions par semaine**. L'intensité de service ne repose pas uniquement sur l'intervenant **TUV** au suivi de la famille. Elle s'inscrit à travers une mobilisation et une responsabilisation des divers partenaires impliqués autour des besoins de l'enfant. Le travail en partenariat est alors synonyme d'intensité.

ANNEXE 2 - Grille d'évaluation de l'intensité d'intervention

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ REQUISE Programme Maltraitance

"Si le donneur de soins a un conjoint, en tenir compte lors de la complétion de la grille"
IMPORTANT: Veuillez inscrire un X dans la case appropriée (OUI, NON, Partiellement, IDP)

Identification			
Nom du jeune :	Nom de l'intervenant :		
No de dossier :	Date :		
Joliette A Repentigny A Mascouche A			
TOTAL	0	NIVEAU	1
1. Reconnaissance du problème de la part du donneur de soins principal			
INSCRIRE UN X DANS LA CASE APPROPRIÉE	OUI	Non	Partielle ment
<p>Le donneur de soins principal reconnaît le problème-motifs de compromission</p> <p>Coter oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il en confirme l'existence, l'admet. <p>Coter partiellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il a une position ambivalente ou il admet parfois, mais change de position selon l'intervenant ou changement de conjoint ou ne reconnaît pas tous les motifs. ✓ s'il admet, mais attribue la responsabilité à des causes extérieures ou qu'il minimise. <p>Coter non :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il nie l'existence des problèmes. 			
<p>Le donneur de soins principal reconnaît l'impact de ses difficultés sur son enfant</p> <p>Coter oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il comprend que ces difficultés peuvent avoir des répercussions sur l'enfant et en est préoccupé. <p>Coter partiellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il éprouve un certain malaise face à la situation, mais il n'est pas vraiment préoccupé par les répercussions sur l'enfant. <p>Coter non :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ S'il n'est pas conscient des répercussions de ses difficultés sur l'enfant. 			
<p>Le donneur de soins principal reconnaît sa part de responsabilité dans le problème</p> <p>Coter oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il reconnaît avoir besoin d'aide pour régler la situation. ✓ s'il éprouve un malaise et un inconfort face à la situation. <p>Coter partiellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il se justifie ou minimise sa part de responsabilité. <p>Coter non :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ si les difficultés sont extérieures à lui (met la faute sur l'enfant, l'école, la garderie, le conjoint, etc. ✓ s'il nie sa part de responsabilité. 			
<p>Le donneur de soins principal est prêt à consentir les efforts nécessaires pour corriger le problème</p> <p>Coter oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il reconnaît qu'il a des problèmes et se met en action pour changer, qu'il profite de l'aide qui lui est offerte ou présente une ouverture face aux moyens qui lui sont proposés pour résoudre les problèmes <p>Coter partiellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ si les solutions proposées sont toujours extérieures à lui <p>Coter non :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il ne propose aucune solution visant à corriger la situation et démontre peu d'enthousiasme à l'égard des solutions qui lui sont proposées. 			

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ REQUISE

Programme Maltraitance

"Si le donneur de soins a un conjoint, en tenir compte lors de la complétion de la grille"

IMPORTANT: Veuillez inscrire un X dans la case appropriée (OUI, NON, Partiellement, IDP)

Identification			
Nom du jeune :	Nom de l'intervenant :		
No de dossier :	Date :		
Joliette A Repentigny A Mascouche A			
TOTAL	0	NIVEAU	1
1. Reconnaissance du problème de la part du donneur de soins principal			
INSCRIRE UN X DANS LA CASE APPROPRIÉE	OUI	Non	Partielle ment
<p>Le donneur de soins principal reconnaît le problème-motifs de compromission</p> <p><u>Coter oui :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il en confirme l'existence, l'admet. <p><u>Coter partiellement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il a une position ambivalente ou il admet parfois, mais change de position selon l'intervenant ou changement de conjoint ou ne reconnaît pas tous les motifs. ✓ s'il admet, mais attribue la responsabilité à des causes extérieures ou qu'il minimise. <p><u>Coter non :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il nie l'existence des problèmes. 			
<p>Le donneur de soins principal reconnaît l'impact de ses difficultés sur son enfant</p> <p><u>Coter oui :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il comprend que ces difficultés peuvent avoir des répercussions sur l'enfant et en est préoccupé. <p><u>Coter partiellement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il éprouve un certain malaise face à la situation, mais il n'est pas vraiment préoccupé par les répercussions sur l'enfant. <p><u>Coter non :</u></p> <p>S'il n'est pas conscient des répercussions de ses difficultés sur l'enfant.</p>			
<p>Le donneur de soins principal reconnaît sa part de responsabilité dans le problème</p> <p><u>Coter oui :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il reconnaît avoir besoin d'aide pour régler la situation. ✓ s'il éprouve un malaise et un inconfort face à la situation. <p><u>Coter partiellement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il se justifie ou minimise sa part de responsabilité. <p><u>Coter non :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ si les difficultés sont extérieures à lui (met la faute sur l'enfant, l'école, la garderie, le conjoint, etc. ✓ s'il nie sa part de responsabilité. 			
<p>Le donneur de soins principal est prêt à consentir les efforts nécessaires pour corriger le problème</p> <p><u>Coter oui :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il reconnaît qu'il a des problèmes et se met en action pour changer, qu'il profite de l'aide qui lui est offerte ou présente une ouverture face aux moyens qui lui sont proposés pour résoudre les problèmes <p><u>Coter partiellement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ si les solutions proposées sont toujours extérieures à lui <p><u>Coter non :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il ne propose aucune solution visant à corriger la situation et démontre peu d'enthousiasme à l'égard des solutions qui lui sont proposées. 			

	OUI	Non	Partielle ment
<p>Le donneur de soins principal a répondu aux besoins affectifs Coter oui (si 5 réponses et plus) : Coter partiellement (si 4 réponses et moins) :</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a démontré un intérêt à l'enfant, à ses activités, à ce qu'il a fait, à ce qu'il a dit</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a manifesté adéquatement de l'affection envers l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a répondu positivement et adéquatement aux demandes de proximité de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a procuré une qualité de présence (prend le temps pour jouer, lui parler)</p> <p><input type="checkbox"/> S'il s'est montré disponible à l'enfant (répond à ses questions)</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a valorisé l'enfant, ses forces et ses progrès</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a eu des attentes réalistes face à son enfant (il le prend tel qu'il est, comme un être en développement)</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a décodé les besoins de base et les signaux de l'enfant et s'y ajuste</p> <p>Coter non (s'il a au moins un de ces éléments) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> s'il a été indifférent, l'a rejeté, l'a dénigré <input checked="" type="checkbox"/> s'il a été impatient de façon répétée face à l'enfant <input checked="" type="checkbox"/> s'il a été hostile ou agressif envers l'enfant <input checked="" type="checkbox"/> s'il a eu une trop grande proximité avec l'enfant <input checked="" type="checkbox"/> s'il a eu des contacts physiques forcés, surabondants ou absents <input checked="" type="checkbox"/> s'il y a un lien fusionnel <input checked="" type="checkbox"/> s'il a prêté des intentions malveillantes à l'enfant <input checked="" type="checkbox"/> s'il y a eu discontinuité dans la présence du parent (quitte de façon imprévisible pour une période plus ou moins longue) <input checked="" type="checkbox"/> s'il a fait des menaces à l'endroit de l'enfant (de le placer, de le frapper, etc.) <p><input checked="" type="checkbox"/> si la situation parentale requiert les services de visites supervisées ou des démarches pour la garde légale (cour supérieure)</p>			
<p>Le donneur de soins principal a vu aux soins de santé de son enfant Coter oui (si 5 réponses et plus) : Coter partiellement (si 4 réponses et moins) :</p> <p>S'il a assuré les soins de santé :</p> <p><input type="checkbox"/> carnet de vaccination à jour,</p> <p><input type="checkbox"/> blessure traitée,</p> <p><input type="checkbox"/> consultation médicale lorsque requis,</p> <p><input type="checkbox"/> dentiste,</p> <p><input type="checkbox"/> optométriste,</p> <p><input type="checkbox"/> pédopsychiatrie,</p> <p><input type="checkbox"/> orthophonie,</p> <p><input type="checkbox"/> fait les traitements pharmacologiques</p> <p>Coter non :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> s'il y a eu absence de consultation médicale lorsqu'indiquée <input checked="" type="checkbox"/> s'il y a eu des blessures non traitées <input checked="" type="checkbox"/> s'il y a eu des symptômes de maladie non reconnus <input checked="" type="checkbox"/> s'il n'a pas fait les suivis des professionnels (achat des lunettes, appareil auditif, traitement chez le dentiste, ne donne pas la médication) ou a reporté à répétition. 			
<p>Le donneur de soins principal a offert un encadrement éducatif et de stimulation à son enfant (voir autre page pour la suite: Coter non) Coter oui (si 5 réponses et plus) Coter partiellement (si 4 réponses et moins) :</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a mis des limites claires à l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a établi des règles de vie cohérentes, un cadre de vie et une routine,</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a assuré la supervision des enfants</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a été soucieux du climat familial</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a aidé son enfant à gérer ses contacts sociaux</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a inscrit son enfant dans les services appropriés (école, garderie, camp)</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a offert une stimulation adéquate en fonction de l'âge (jeu adapté à l'âge)</p> <p><input type="checkbox"/> S'il a été cherché de l'aide devant les difficultés d'apprentissage ou dans le rendement de son enfant</p> <p><input type="checkbox"/> S'il s'est intéressé au vécu scolaire et le soutien dans ses devoirs</p>			

	OUI	Non	Partielle ment
<input type="checkbox"/> <p>Coter non :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il y a inversedement de rôle (enfant « parentifié ») ✓ S'il y a eu des punitions excessives, insuffisantes selon l'âge de l'enfant ✓ s'il y a eu confrontation parent-enfant ✓ s'il y a eu inconsistance ou rigidité dans l'application des règles et du cadre de vie ✓ si l'enfant a été maintenu dans l'isolement (pas le droit d'avoir d'ami) ✓ s'il y a eu surprotection ✓ s'il a encouragé son enfant à agresser d'autres enfants ✓ s'il y a eu absence de scolarisation ou absence de supervision des devoirs ✓ S'il y a eu absence de collaboration avec l'école ou la garderie ✓ s'il y a eu une dévalorisation de l'école ou de la garderie auprès de son enfant 			
<p>Toute personne vivant sous le toit de l'enfant a contrôlé son impulsivité face à son enfant</p> <p>Coter oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il a été capable de faire la différence entre l'émotion de son enfant et la sienne ✓ s'il a gardé la maîtrise de ses émotions devant les colères de son enfant <p>Coter non (si 4 et plus) :</p> <p>Coter partiellement (si 3 et moins) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'il a été envahi par l'émotion de son enfant <input type="checkbox"/> S'il a eu une intensité de réaction supérieure à celle de l'enfant <input type="checkbox"/> S'il a perdu la maîtrise de soi dans des explosions verbales et de colère <input type="checkbox"/> S'il a perdu la maîtrise de soi en s'attaquant à des objets (brise, lance) <input type="checkbox"/> S'il a réagit par des propos humiliant, rabaisant ou dénigrant <input type="checkbox"/> S'il a réagi par des menaces ou du chantage à l'égard de l'enfant <input type="checkbox"/> S'il a été contrarié par l'enfant et qu'il a senti qu'il allait perdre le contrôle <p>Coter non automatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il a perdu la maîtrise de soi en s'attaquant physiquement à l'enfant (claque, coup, fessée, etc.) 			
<p>Toute personne vivant sous le toit de l'enfant a contrôlé son impulsivité face à l'entourage</p> <p>Coter oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il a entretenu de bons contacts avec le voisinage ✓ s'il a gardé la maîtrise de ses émotions devant les injustices sociales, les demandes de ses supérieurs ✓ s'il a eu un langage respectueux envers son entourage, l'autorité (policier, directeur-école, DPI etc.) ✓ s'il est doté d'un bon contrôle interne (a su garder son calme, non violent) <p>Coter non (si 4 et plus) :</p> <p>Coter partiellement (si 3 et moins) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'il a entretenu une relation conjugale, qui a déclenché ou a alimenté ses propres pulsions agressives <input type="checkbox"/> S'il a fait de la cruauté envers les animaux <input type="checkbox"/> S'il a été grossier, s'est engueulé avec tout le monde <input type="checkbox"/> S'il y a eu de la violence conjugale dont l'enfant a été témoin <input type="checkbox"/> S'il y a eu des conflits conjugaux graves en lien avec la garde de l'enfant (financier ou autre) <input type="checkbox"/> S'il y a eu de la violence physique ou verbale sur les personnes (autre que conjoint[E.] ou enfant) <input type="checkbox"/> S'il a fait des menaces, du chantage <input type="checkbox"/> S'il y a eu de la violence criminelle organisée (délits avec violence, gang, etc.) 			

3. Facteurs de risque chez le donneur de soins principal			
	OUI	NON	Partielle ment
<p>Présence de chronicité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plus de 2 ans de services continus (CPEJ-CLSC) en lien avec la problématique présentée ✓ Plusieurs épisodes récurrents de service échelonnés dans le temps en lien avec la problématique ✓ Refus des services à plusieurs reprises ✓ Au moins un enfant de la fratrie est connu des services CPEJ-CLSC 			N/A
<p>Le donneur de soins principal a présenté ou présente des indices de problèmes de santé mentale</p> <p>Coter oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ si indices de dépressions, humeur instable, indices d'anxiété (crises de panique, phobies, obsessions, anxiété généralisée), hypersensibles aux critiques, sentiment de persécution, jugement déficient, peu d'introspection, peu de flexibilité : avec ou sans diagnostic <p>Coter non :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ si capable d'introspection, flexible, d'humeur stable : 			N/A
<p>Toute personne vivant sous le toit de l'enfant a eu des agirs sexuels devant l'enfant ou a abusé l'enfant</p> <p>Coter oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ s'il y a eu visionnement de vidéo porno ou des comportements qui soulèvent de l'inconfort chez l'intervenant en raison de leur caractère sexualisé, abus ou agression sexuelle ✓ si l'abuseur demeure au domicile de l'enfant. <p>Coter partiellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ si l'abuseur a des contacts intermittents avec l'enfant (ex. : 1 fds/2). <p>Coter non :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ si l'abuseur n'a plus de contact avec l'enfant. 			
<p>Le donneur de soins principal a présenté ou présente des problèmes de santé physique</p> <p>Coter oui (avec diagnostic seulement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ex. : Diabète, cardiaque, hypertension, VIH, hépatite, anorexie, boulimie, épilepsie, troubles de la mémoire, traumatisme crânien, etc. 			
<p>Le donneur de soins principal présente une déficience intellectuelle</p> <p>Coter oui (avec diagnostic seulement)</p> <p>Coter partiellement (si indice de déficience) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ex. : Présente un rythme d'apprentissage plus lent et une capacité d'apprentissage limitée; des difficultés d'apprentissage et de réalisation de certaines tâches quotidiennes; des difficultés à gérer les activités ordinaires de la vie quotidienne, à comprendre le comportement des autres et à déterminer les réactions appropriées en contexte social. 			
<p>Le donneur de soins principal a présenté ou présente des problèmes de dépendance (même s'il refuse les services en lien avec sa dépendance ou qu'il ne le reconnaît pas) :</p> <p>Coter oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dépendance à l'alcool ✓ Dépendance au jeu ✓ Dépendance aux drogues ✓ Dépendance aux médicaments ✓ Dépendance affective (incapacité à demeurer seul, conjoints multiples) ✓ Dépendance à la sexualité 			
<p>Le donneur de soins principal a présenté ou présente des difficultés et de l'instabilité résidentielle</p> <p>Coter oui (si 4 et plus) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'il a eu des problèmes de disponibilité de logement, <input type="checkbox"/> Foyer surpeuplé, <input type="checkbox"/> Meubles inadéquats ou manque de meubles Services publics hors d'usage (eau, fosse septique, électricité, téléphone) Expulsion Problèmes financiers Instabilité domiciliaire (+ de 2 déménagements au cours de la dernière année) 			

4. Facteurs relatifs à la vulnérabilité de l'enfant		
	OUI	NON
L'enfant est âgé entre 0-2 ans		
L'enfant est âgé entre 3-5 ans		
L'enfant est âgé entre 6-11 ans		
L'enfant a présenté ou présente des problèmes de santé physique <u>Coter oui</u> (avec diagnostic seulement) : ✓ Ex. : Diabète, cardiaque, hypertension, VIH, hépatite, anorexie, boulimie, épilepsie, troubles de la mémoire, traumatisme crânien, maladie chronique, etc.		
L'enfant a présenté ou présente des problèmes de santé mentale <u>Coter oui</u> (avec diagnostic du pédopsychiatre) : ✓ Ex. : Gilles de la Tourette, TDAH, trouble de l'attachement, trouble anxieux, etc. <u>Coter oui automatique</u> : ✓ si l'enfant a tenu des propos suicidaires ou a eu des comportements suicidaires		
L'enfant a un diagnostic de déficience intellectuelle <u>Coter oui</u> (avec diagnostic) :		
L'enfant a présenté ou présente des retards de développement ou il y a un doute important de retard de développement ✓ <u>inclure</u> : trouble du spectre de l'autisme, trouble neuro développementaux, microcéphalie, troubles langagiers, ne marche pas, ne babille pas, passif (en fonction de l'âge)		
L'enfant a présenté ou présente des difficultés de fonctionnement dans différents milieux (école, garderie, famille) <u>Coter oui</u> (si 2 et plus) : <u>Coter non</u> (si 1 et moins) : <input type="checkbox"/> Pleure constamment lorsque séparé de son parent <input type="checkbox"/> Tempérament difficile <input type="checkbox"/> Intolérant au stress <input type="checkbox"/> Rejeté des pairs, <input type="checkbox"/> Exclusion de l'école ou de la garderie <input type="checkbox"/> Refuse d'aller à l'école, à la garderie <input type="checkbox"/> Ne garde pas ses gardiennes <input type="checkbox"/> Comportement, langage agressif <input type="checkbox"/> Opposition aux règles, aux adultes <input type="checkbox"/> Impulsif, difficulté de concentration <input type="checkbox"/> Comportement immature <input type="checkbox"/> Comportements sexuels problématiques (en fonction de son âge) <input type="checkbox"/> Montre des signes d'affects inquiétants (grande tristesse, affect plat, trop conciliant, ne semble pas connectée à ses émotions) <input type="checkbox"/> L'enfant assume des responsabilités d'adulte		

Durée prévue de la mesure en fonction du niveau d'intensité

Niveau 1 = maximale 3 mois

Niveau 2 = minimale 6 mois / maximale 9 mois

Niveau 3 = minimale 9 mois / maximale 1 an

Niveau 4 = Absence de potentiel actualisable du parent

Projet de vie stabilisé à l'extérieur du milieu familial

Participation potentielle de l'enfant et sa famille au programme Tout un village		
Critères obligatoires (Le programme s'adresse aux enfants âgés de 0 à 12 ans, ainsi qu'à leur famille qui présentent les caractéristiques suivantes) :	OUI	NON
L'enfant et sa famille vivent une situation de négligence périodique, récurrente ou installée/chronique;		
Il n'y a pas d'urgence d'agir pour prévenir un placement et les services pourraient se déployer sur une période allant jusqu'à 24 mois;		

La négligence est la problématique majeure associée ou non à d'autres problématiques;		
La sécurité ou le développement de l'enfant sont considérés comme étant préoccupants ou compromis pour des motifs de négligence en vertu de l'article 38 b) 1 i - ii - iii ou 38 b) 2 de la LPJ;		
Les figures parentales consentent de manière libre et éclairée, à l'offre de service du programme Tout un village. Néanmoins, pour les enfants et familles suivies en vertu de la LPJ, l'offre de service clinique du programme TUV peut correspondre aux besoins des enfants et des familles sans que ceux-ci n'aient explicitement consenti au programme TUV. Ils pourraient donc être inscrits à ce programme;		
Les figures parentales présentent une reconnaissance et une motivation <u>minimale</u> à modifier la situation;		
L'enfant vit dans son milieu familial ou est placé temporairement dans un milieu substitut et le retour dans sa famille est envisageable.		

Selon les critères obligatoires :

Cet enfant et sa famille pourraient bénéficier du programme Tout un village : communiquer avec votre Coordonnateur InterProfessionnel (CIP) pour valider leur admissibilité.

Participation potentielle de l'enfant et sa famille au programme IDP		
	OUI	NON
L'enfant fréquente l'école (maternelle ou école primaire)		



Critères obligatoires		
	OUI	NON
Présence de troubles de comportement chez l'enfant à l'école		
Présence ou doute persistant de la présence de négligence ou d'adversité familiale		
L'enfant demeure dans le milieu naturel ou en famille d'accueil		
Un PSII est actif ou en élaboration		



Indicateurs des troubles de comportements chez l'enfant (cochez le ou les éléments présents)		
	OUI	NON
Difficultés relationnelles avec les pairs		
Langage inadéquat		
Comportements agressifs et/ou violents		
Réactions inadéquates ou exagérées		
Absences scolaires		
Opposition à l'autorité ou à l'adulte		
Opposition aux règles ou aux consignes		
Comportements délinquants		
Consommation de drogues ou de cigarettes		
Impulsivité ou difficulté de concentration		
Anxieux, nerveux		
Dépressif, amorphe		
Isolé ou rejeté des pairs		
Hyperactif		

Indicateurs de négligence/adversité familiale (cochez le ou les éléments présents)		
	OUI	NON
Alimentation inadéquate ou insuffisante		
Matériel ou vêtements inadéquats		
Soins d'hygiène u physiques inadéquats ou insuffisants		
Supervision ou encadrement parental insuffisant ou inadéquat		
Manque d'implication éducative des parents		
Faible ou érosion des capacités parentales		
Problèmes personnels chez le parent (consommation, santé mentale, isolement, stress financier...)		
Exposition de l'enfant à de la violence conjugale et/ou des conflits entourant la séparation des parents		
Problèmes relationnels parents/enfants		

Selon les critères obligatoires :

Cet enfant pourrait bénéficier de l'approche IDP. : communiquer avec le
psychoéducateur de l'école (nord) ou le coordonnateur (sud) pour
confirmer son admissibilité.

ANNEXE 3 - Description des dimensions du cadre d'analyse écosystémique AIDES

Dimensions des besoins de développement de l'enfant ¹²³ (selon le modèle développé en Grande-Bretagne (Department of Health, 2000))	
Santé	<p>Bien-être physique et psychologique :</p> <p>Facteurs génétiques et histoire médicale de l'enfant (maladies chroniques ou incapacités). L'enfant reçoit les soins médicaux de santé appropriés (vaccins, suivi médical de routine). Considérer les éléments susceptibles d'affecter la santé de l'enfant (alimentation, alcool, drogues, médicaments).</p>
Éducation	<p>Développement cognitif et langagier :</p> <p>Opportunités offertes à l'enfant pour se développer (jouer et interagir avec d'autres enfants; accès à des livres; acquérir des habiletés et développer des intérêts; vivre des succès dans ses apprentissages, etc.). Un adulte s'intéresse aux activités éducatives et aux progrès de l'enfant et lui manifeste encouragements et compliments.</p>
Développement affectif et comportemental	<p>Manifestation appropriée des sentiments et des comportements :</p> <p>Développement des liens d'attachement, capacité d'adaptation aux changements, réponse aux événements stressants, maîtrise des émotions et comportements appropriés en fonction des circonstances et des personnes.</p>
Identité	<p>Conscience d'être distinct des autres et d'être apprécié :</p> <p>Perception que l'enfant a de lui-même : Ses capacités, son image et son estime de soi, son individualité.</p> <p>Plusieurs éléments contribuent au développement de son identité : Origine ethnique, religion, âge, genre, sentiment d'appartenance à sa famille, ses pairs et la société.</p>
Relations familiales et sociales	<p>Capacité de faire preuve de sympathie et de compassion envers les autres :</p> <p>Relations stables et harmonieuses avec ses parents, sa fratrie et les personnes de son entourage; capacité à se faire des amis de son âge et de s'entendre avec eux.</p> <p>L'enfant est soutenu et encouragé par le parent à développer des relations avec ses pairs et avec les adultes.</p>
Présentation de soi	<p>Perception de soi (apparence, qualités et défauts, comportements) et perception des autres (comment il est perçu, impression qu'il crée chez les autres) :</p> <p>Hygiène adéquate, l'enfant est habillé convenablement en fonction de son âge, de sa culture et de sa religion. Un adulte veille à son hygiène</p>

¹²³ Adapté de : Chamberland, C., et coll. (2012), *Recherche évaluative de l'initiative AIDES* [Rapport de recherche no 6150-U1], Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada et ministère de la Sécurité publique du Québec. Et Young, S. (2012), *Programme cadre montréalais en négligence : Alliance*, Collaboration du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire, Centre jeunesse et de la famille Batshaw, Centres de santé services sociaux de la région de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

	personnelle et le conseille sur la manière de se présenter selon les circonstances.
Habiletés à prendre soin de soi	Développement de l'autonomie et des habiletés sociales : Apprentissage des activités quotidiennes (se prodiguer les soins personnels de base, se vêtir, s'alimenter, ne pas se mettre en danger); occasions de développer sa confiance, de pratiquer des activités en dehors de la famille et de développer des approches de résolution de conflits.

ANNEXE 3a - Description des dimensions du cadre d'analyse écosystémique AIDES

Dimensions des capacités parentales : Réponse des parents aux besoins de l'enfant ¹²⁴	
Soins de base	<p>Répond aux besoins physiques de l'enfant, fournit les soins médicaux et dentaires nécessaires:</p> <p>Alimentation suffisante et nutritive selon l'âge de l'enfant; vêtements appropriés selon l'âge et les saisons et procure une hygiène personnelle adéquate.</p>
Sécurité	<p>Prend les mesures nécessaires pour protéger l'enfant contre les accidents, la violence et l'abus tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison :</p> <p>Montre à l'enfant à jouer de façon sécuritaire, le renseigne sur les comportements à risque et s'assure que l'enfant a des relations sécuritaires avec les adultes ou les autres enfants de son entourage.</p>
Amour et affection	<p>Répond aux besoins affectifs de l'enfant :</p> <p>Estime l'enfant et lui démontre amour et affection; veille à ce qu'il développe une image positive de soi et de son identité. Est sensible et réagit de manière appropriée à ses besoins. Lui montre par des gestes et des comportements appropriés qu'il l'admire, le respecte et l'encourage.</p>
Stimulation	<p>Supporte le développement intellectuel de l'enfant. Il l'encourage, manifeste son approbation devant ses réussites et lui propose des activités et des occasions de se développer :</p> <p>Participe au développement du potentiel de l'enfant par ses interactions, sa capacité d'expliquer et de répondre à ses questions, ses encouragements, sa participation et son accompagnement aux activités de l'enfant (jeux, scolarité, travail). Offre des opportunités à l'enfant de vivre des succès; veille à ce qu'il soit scolarisé; adopte des méthodes éducatives appropriées (attentes réalistes, moyens stimulants, climat chaleureux).</p>
Encadrement	<p>Établit des limites, assure une supervision uniforme et bienveillante et utilise différentes méthodes positives pour encourager l'enfant à exprimer ses émotions et à bien se comporter.</p> <p>Le parent montre par l'exemple quels sont les comportements appropriés, comment réguler ses émotions, interagir avec les autres et régler des conflits.</p>
Stabilité	<p>Procure un environnement familial stable qui permet à l'enfant de se développer :</p> <p>Les liens d'attachements ne sont pas perturbés; le parent est cohérent, constant et prévisible dans sa façon de répondre au comportement de</p>

¹²⁴ Chamberland, C., et coll. (2012), *Recherche évaluative de l'initiative AIDES*, [Rapport de recherche no 6150-U1], Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada et ministère de la Sécurité publique du Québec. Et Young, S. (2012), *Programme cadre montréalais en négligence : Alliance*, Collaboration du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire, Centre jeunesse et de la famille Batshaw, Centres de santé services sociaux de la région de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

	<p>l'enfant; la réponse parentale évolue en fonction du développement de l'enfant; l'enfant entretient des contacts avec les membres de sa famille ou avec d'autres personnes significatives.</p>
--	---

ANNEXE 3b - Description des dimensions du cadre d'analyse écosystémique AIDES

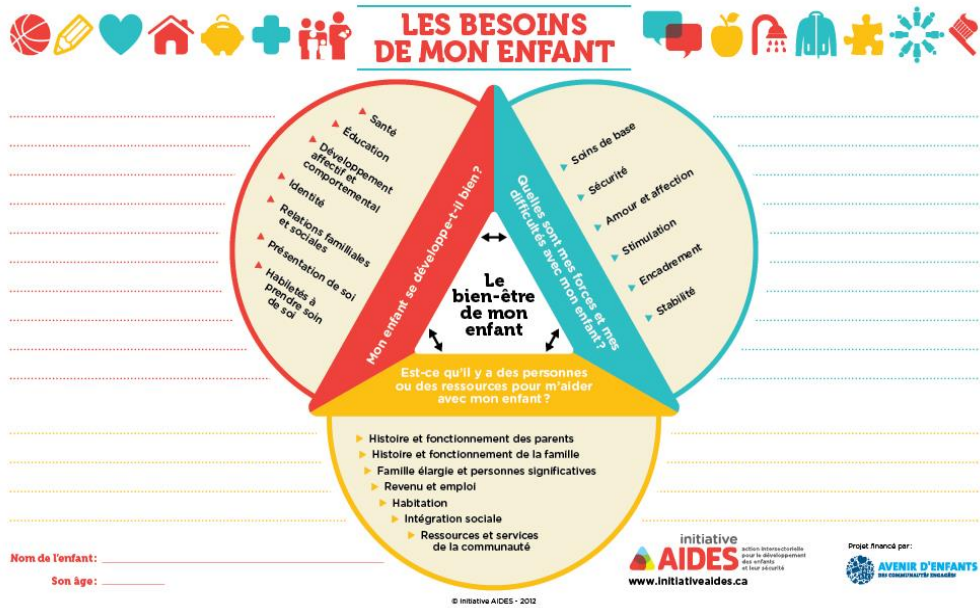
Facteurs familiaux et environnementaux ¹²⁵ Selon le modèle développé en Grande-Bretagne (Department of Health, 2000)	
Histoire et fonctionnement des parents	Problématiques personnelles des parents : Maladies physiques, problèmes de santé mentale, difficultés d'apprentissage, problème d'abus d'alcool/drogues, violence conjugale, violence durant l'enfance et impact sur leur fonctionnement personnel. Influence de leur vécu sur la façon dont ils répondent aux besoins de l'enfant. Forces et difficultés des parents (incluant le parent absent).
Histoire familiale et fonctionnement de la famille	L'histoire familiale inclut les facteurs génétiques et psychosociaux. Fonctionnement de la famille, composition et nature des liens entre les membres : Événements significatifs, changements survenus dans la composition de la famille et impacts sur les membres (ex. deuil, séparation, etc.). Composition actuelle de la famille et mode de fonctionnement (garde de l'enfant, droits d'accès). Relations entre les membres de la famille et impact sur l'enfant. Vécu des parents en tant qu'enfant dans leur famille d'origine.
Famille élargie et personnes significatives	Rôle des personnes significatives et de la famille élargie auprès de l'enfant et de ses parents, la nature du soutien ainsi que sa qualité: Aide pratique, soutien financier, soutien psychologique, informations et conseils, etc.
Habitation	Commodités à l'intérieur et à l'extérieur du domicile et dans l'environnement immédiat ainsi que les impacts sur l'enfant et la famille : Le logement possède-t-il les commodités de base (eau potable, chauffage, cuisinière, endroit propre où dormir)? Est-il sécuritaire et propre? Est-il organisé en fonction de l'âge et des besoins de l'enfant et des autres membres ?
Emploi	Impact de l'occupation du parent sur sa capacité à prodiguer des soins à l'enfant : Quel membre de la famille occupe un emploi rémunéré et quel est l'horaire de travail de cette personne? Comment cette situation d'emploi affecte-t-elle la relation avec l'enfant?
Revenu	Revenu familial et besoins financiers : Le revenu familial est-il suffisant pour combler les besoins financiers de la famille. La famille bénéficie-t-elle de toutes les prestations auxquelles elle

¹²⁵ Chamberland, C., et coll. (2012), *Recherche évaluative de l'initiative AIDES*, [Rapport de recherche no 6150-U1], Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada et ministère de la Sécurité publique du Québec, p.187. Et Young, S. (2012), *Programme cadre montréalais en négligence : Alliance*, Collaboration du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire, Centre jeunesse et de la famille Batshaw, Centres de santé services sociaux de la région de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p.103.

	a droit? Comment les ressources sont-elles utilisées dans la famille? Comment les difficultés financières de la famille affectent-elles l'enfant?
Intégration sociale	Intégration de la famille dans le quartier et la communauté ainsi que l'impact sur l'enfant et la famille : Quel est le degré d'intégration ou d'isolement social de la famille? La famille a-t-elle des amis? S'implique-t-elle dans des organismes/activités communautaires?
Ressources de la communauté	Disponibilité, accessibilité et utilisation des ressources et services par les membres de la famille et impact de la non-disponibilité ou accessibilité sur l'enfant et sa famille, en incluant les membres qui ont des besoins particuliers : Services de santé, garderie, école, lieu de culte, transport, services à la consommation (épicerie, pharmacies), loisirs, organismes communautaires, services du réseau de première et deuxième ligne, services spécialisés.

ANNEXE 4 - Cadre écosystémique - Outils visuels AIDES

Cadre d'analyse illustré pour les parents et les partenaires « Les besoins de mon enfant »



MON ENFANT SE DÉVELOPPE-T-IL BIEN?

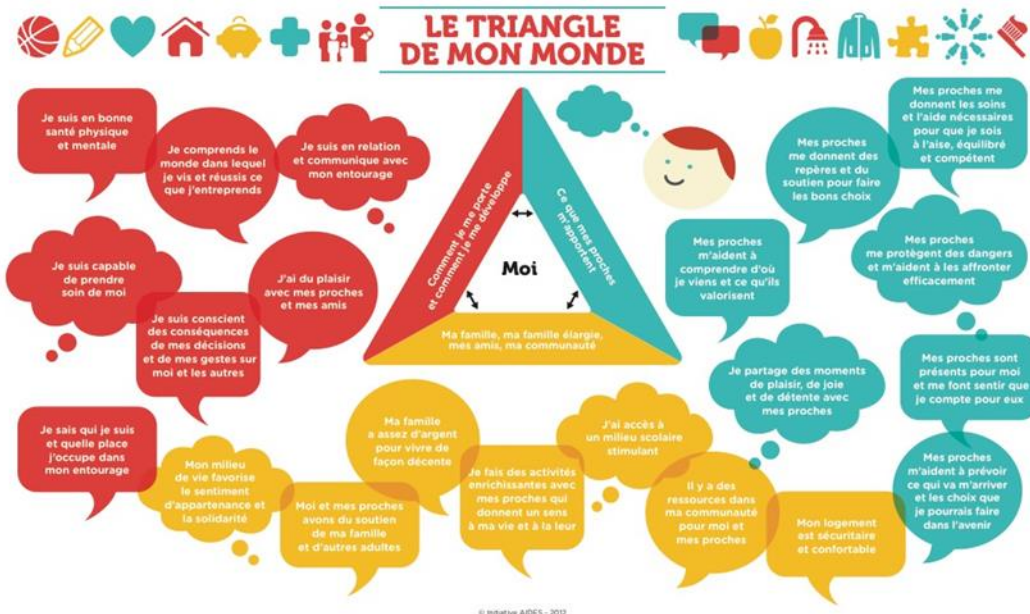
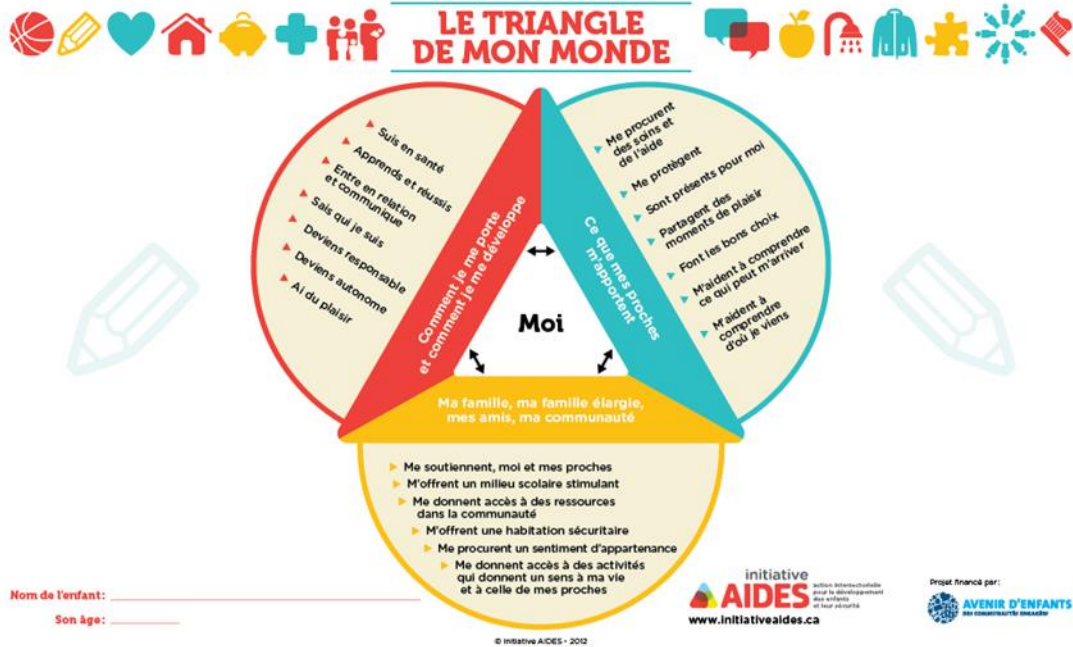
SANTÉ	ÉDUCATION	DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET COMPORTEMENTAL	IDENTITÉ	RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES	PRÉSENTATION DE SOI	HABILITÉS À PRENDRE SOIN DE SOI
Mon enfant est généralement en bonne santé Son poids et sa taille se situent dans les normes Il a accès à des mesures de santé préventives : vaccins, soins dentaires... Il reçoit des traitements s'il a des problèmes de santé ou des incapacités Il se développe de façon satisfaisante, compte tenu de ses particularités Il est protégé des accidents courants par un environnement sécuritaire (personnes, lieux et objets) Il n'a pas de comportements à risque (sexuel, drogue, alcool...)	Mon enfant s'intéresse à des activités variées et a l'occasion d'y participer Il développe des habiletés et des intérêts qui lui sont propres Il est en général content d'aller à la garderie ou à l'école Ses résultats scolaires sont satisfaisants, compte tenu de ses particularités Il aime apprendre Il peut se concentrer le temps nécessaire à ses apprentissages Il ne manque presque jamais la garderie ou l'école	Mon enfant est en général enjoué et souriant Il est facile à consoler Il entre en interaction avec les autres Il va chercher l'aide d'un adulte ou d'un autre enfant (comment, qui, fréquence) Il partage-respecte son tour lorsqu'il est en interaction avec les autres	Mon enfant réagit à l'appel de son nom Il connaît son nom, son âge et son sexe Il connaît les membres de sa famille Il prend sa place dans sa fratrie, avec ses amis, etc. Il connaît les routines et les traditions de sa famille Il est à l'aise avec son orientation sexuelle Il se perçoit de façon positive Il est conscient et à l'aise avec sa culture	Mon enfant apprécie recevoir de l'affection et être cajolé Il aime être avec ses parents, sa fratrie ou des personnes significatives Il aime jouer seul, près d'un adulte familier ou de ses frères et sœurs Il préfère jouer avec les autres (fratrie, amis) Il a un ami proche Il a une relation solide et positive avec un parent ou une personne significative	Mon enfant interagit de manière différente et appropriée selon qu'il est en relation avec des personnes familières ou des étrangers Il est sûr de lui et ouvert avec ses pairs Il est capable de faire des choix en ce qui concerne son apparence Il aime parler de sa famille et de son foyer Son apparence et son comportement ne sont ni provocants ni perturbateurs	Mon enfant essaie de faire des choses par lui-même Il développe les habiletés requises à l'acquisition de l'autonomie, compte tenu de ses particularités et de son âge Il aime sa routine : hygiène, alimentation, horaire Il a une perception réaliste des dangers potentiels pour sa personne Il peut cuisiner des repas simples Il peut administrer de l'argent et acheter de la nourriture et des vêtements

© Initiative AIDES - 2012

Source : © Initiative AIDES

ANNEXE 4a - Cadre écosystémique - Outils visuels AIDES

Cadre d'analyse illustré pour les enfants âgés de 9 ans et plus « Le triangle de monde »



Source : © Initiative AIDES

ANNEXE 5 - Principes pour un soutien et une aide efficace

Les principes de soutien et d'aide efficaces dans la relation parent-professionnel

Proposés par Lacharité (2005) et adaptés de Dunst, Trivette et Deal, (1988, 1994)

1. Le soutien est plus efficace quand le professionnel adopte une attitude positive et invitante (désir sincère de prendre soin de l'autre, de lui rendre service, chaleur, encouragement). Lorsque le professionnel 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 le professionnel offre du soutien plutôt que d'attendre qu'on lui demande. La sensibilité du professionnel 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 le professionnel offre un soutien qui correspond à un besoin ressenti par le parent.
3. Le soutien est plus efficace quand le professionnel 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, en bout de ligne, de l'acceptation ou du rejet du soutien. Le droit de refuser l'aide offerte doit être explicitement reconnu par le professionnel, 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 les « bénéfiques » 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'adéquation.
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 le professionnel sans être formellement attendue. La réciprocité est un moyen efficace pour réduire le sentiment de dette envers le professionnel, elle permet au parent d'avoir l'impression d'avoir autant à donner qu'à recevoir.

Les principes de soutien et d'aide efficaces dans la relation parent-professionnel

Proposés par Lacharité (2005) et adaptés de Dunst, Trivette et Deal, (1988, 1994)

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 le professionnel 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 le professionnel 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 le professionnel permet au parent de se sentir valorisé, important et égal.
11. Le soutien a plus de chances d'être bénéfique si le professionnel encourage l'aidé à acquérir des habiletés/stratégies permettant de réduire le besoin d'aide future. Si le professionnel 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 le professionnel.
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.

Source : Lacharité, C. (2009), *L'approche participative auprès des familles*. Dans Lacharité, C., Gagnier, J.-P. (dir.). *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action*, Éditions Gaëtan Morin, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, p.194.

ANNEXE 6 - Formulaire de référence au programme : Programme en négligence Tout un village



PROGRAMME EN NÉGLIGENCE TOUT UN VILLAGE

IDENTIFICATION DES CLIENTS REFERES	
Parent (tuteur légal) ou conjoint (e) Nom, prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Date de naissance : _____ Numéro de dossier (SIC-PLUS) : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____ <input type="checkbox"/> Famille nucléaire <input type="checkbox"/> Famille recomposée Référence au programme TUV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pour quels motifs ? _____ _____ _____	Parent (tuteur légal) ou conjoint (e) Nom, prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Date de naissance : _____ Numéro de dossier (SIC-PLUS) : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____ <input type="checkbox"/> Famille nucléaire <input type="checkbox"/> Famille recomposée Référence au programme TUV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pour quels motifs ? _____ _____ _____
Enfant (s) faisant l'objet de la référence Nom, prénom (1) : _____ Date de naissance : _____ Numéro de dossier (SIC-PLUS) : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____ Service de garde : _____ Institution scolaire : _____ Niveau de scolarité : _____ Diagnostic (s) : _____ Médecin traitant : _____	Enfant (s) faisant l'objet de la référence Nom, prénom (2) : _____ Date de naissance : _____ Numéro de dossier (SIC-PLUS) : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____ Service de garde : _____ Institution scolaire : _____ Niveau de scolarité : _____ Diagnostic : _____ Médecin traitant : _____

LN2395 (2022-02-22)

PROGRAMME EN NÉGLIGENCE
TOUT UN VILLAGE

Dossier médical
D.I.C.: 3-4-4
Page 1 de 6

**PROGRAMME EN NÉGLIGENCE
TOUT UN VILLAGE**

CRITERES D'ADMISSIBILITE « OBLIGATOIRES »

Le programme TUV s'adresse aux enfants âgés de 0 à 12 ans, ainsi qu'à leur famille, qui présentent les caractéristiques suivantes :

- Vivent une situation de négligence périodique, récurrente ou installée/chronique;
- Il n'y a pas urgence d'agir pour prévenir un placement et les services pourraient se déployer sur une période allant jusqu'à 24 mois ;
- La négligence est la problématique majeure associée ou non à d'autres problématiques;
- La sécurité ou le développement de l'enfant sont considérés comme étant préoccupants ou compromis pour des motifs de négligence, en vertu de l'article 38 b) 1°i-ii-iii ou 38 b) 2° de la LPJ ;
- Les figures parentales consentent de manière libre et éclairée, à l'offre de service du programme *Tout un village*. Néanmoins, pour les enfants et familles suivies en vertu de la LPJ, l'offre de service clinique du programme TUV peut correspondre aux besoins des enfants et des familles sans que ceux-ci n'aient explicitement consenti à participer au programme TUV. Ils pourraient donc être inscrits à ce programme.
- Les figures parentales présentent une reconnaissance et une motivation minimale à modifier la situation;
- L'enfant vit dans son milieu familial ou est placé temporairement dans un milieu substitut et le retour dans sa famille est envisageable.

Précision (s) : _____

AUTRES FACTEURS PERMETTANT DE MIEUX REPÉRER LA CLIENTÈLE ADMISSIBLE

- Présence d'un historique de signalements multiples auprès de la Direction de la protection de la jeunesse ou de placements;
- Présence de difficultés multiples et persistantes dans plusieurs dimensions personnelles chez le(s) figure(s) parentale(s) (santé mentale, toxicomanie, problème de santé physique, isolement social, violence conjugale, etc.);
- Présence de retards de développement, des problèmes de comportement ou des difficultés d'adaptation chez l'enfant;
- Présence de facteurs de risques élevés au sein de la famille et peu de facteurs de protection;

Nom :

Prénom :

Dossier :

Histoire intergénérationnelle de négligence :
 Difficultés des figures parentales à saisir les besoins de l'enfant.
 Précision : _____

FORME (S) DE NÉGLIGENCE OBSERVÉE (S)

Négligence physique	Négligence médicale
<input type="checkbox"/> L'alimentation : alimentation déficiente; <input type="checkbox"/> L'habillement : vêtements inadéquats selon les saisons, la taille ou l'âge ; <input type="checkbox"/> L'hygiène : malpropreté corporelle <input type="checkbox"/> La salubrité : entretien ménager négligé (malpropreté, désordre) ; <input type="checkbox"/> La sécurité : présence de dangers physiques dans la maison.	Retard ou refus du parent à consentir aux soins nécessaires à la santé physique ou mentale de l'enfant, tels que : <input type="checkbox"/> Traitements médicaux; <input type="checkbox"/> Examens médicaux; <input type="checkbox"/> Médicaments; <input type="checkbox"/> Hygiène dentaire.
Négligence émotionnelle ou affective	Négligence éducationnelle
Elle se traduit par l'incapacité du parent ou sa non-disponibilité à percevoir, interpréter et répondre adéquatement aux besoins émotionnels de l'enfant : <input type="checkbox"/> Besoin d'attention; <input type="checkbox"/> Besoin de sécurité; <input type="checkbox"/> Besoin d'estime de soi; <input type="checkbox"/> Besoin d'affection.	La négligence éducationnelle ou éducative réfère à une situation où il y a omission de procurer à l'enfant l'encadrement nécessaire et les stimuli appropriés à son développement. <input type="checkbox"/> Encadrement et routines; <input type="checkbox"/> Surveillance; <input type="checkbox"/> Absentéisme scolaire; <input type="checkbox"/> Expériences normatives de Développement; <input type="checkbox"/> Stimulation.
Précision (s)	Précision (s)
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

