

Programme pour les jeunes et leur famille vivant en contexte de négligence

Janvier 2024

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation de :

Comité consultatif (2023) :

Catherine Grégoire, agente de relations humaines - Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Eugénie Simard, travailleuse sociale – Jardins-Roussillon, DPJASP
France Lachapelle, travailleuse sociale - Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Isabelle Fournier, agente de relations humaines – Suroît, DPJASP
Isabelle Papineau, directrice, DPJASP
Jessica Dupuis-Gagné, infirmière clinicienne et assistante au supérieur immédiat – Jardins-Roussillon, DPJASP
Jessie Bilodeau, travailleuse sociale – Suroît, DPJASP
Manon Desnoyers, organisatrice communautaire – Jardins-Roussillon, DPJASP
Manon Lessard, coordonnatrice des services psychosociaux et développementaux Jeunesse, DPJASP
Marie-Ève Leboeuf, spécialiste en activités clinique – Jardins-Roussillon, DPJASP
Marie-Laure Parent, travailleuse sociale – Suroît, DPJASP
Marie-Michelle Carmel, travailleuse sociale – Jardins-Roussillon, DPJASP
Martin Lévesque, agent de développement, Centre de services scolaire des Grandes-Seigneuries
Maryse Beaudoin, diététiste-nutritionniste – Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Mélicha Aubin, technicienne en éducation spécialisée – Haut St-Laurent, DPJASP
Nathalie Chiasson, chargée de projet, Centre de services scolaire de la Vallée-des-Tisserands
Nathalie Primeau, travailleuse sociale – Haut St-Laurent, DPJASP
Patricia Quirion, chef de programmes Soins infirmiers Périnatalité/petite enfance/santé publique, DPJASP
Stéphanie Lebire, psychoéducatrice – Suroît, DPJASP
Valérie Rougeau, chef de programmes Services sociaux spécifiques et développement pour les jeunes et leur famille (jeunesse) – Vaudreuil-Soulanges, Suroît, Haut St-Laurent

Comité de travail (2019-2020) :

Andréane Gélneau, organisatrice communautaire – Suroît, DPJASP
Caroline Rancourt, infirmière clinicienne – Suroît, DPJASP
Chantal Nadeau, travailleuse sociale – Jardins-Roussillon, DPJASP
Émilie Champagne, travailleuse sociale – Jardins-Roussillon, DPJASP
Eugénie Simard, travailleuse sociale – Jardins-Roussillon, DPJASP
Isabelle Primeau, psychoéducatrice/coordonnatrice jeunesse – Suroît, DPJASP
Jessica Dupuis-Gagné, infirmière clinicienne et assistante au supérieur immédiat – Jardins-Roussillon, DPJASP
Julie Globensky, chef de programme des services sociaux spécialisés petite enfance, jeunesse et réadaptation psychosociale, DPJASP
Maryse Beaudoin, diététiste-nutritionniste – Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Véronique Mimeault, travailleuse sociale – Jardins-Roussillon, DPJASP

Comité consultatif mi-mandat (2019) :

Annie-Isabel Giguère, infirmière clinicienne – Jardins-Roussillon, DPJASP
Catherine Benoit-Gagnon, infirmière – Suroît, DPJASP
Ingrid Caro, agente de relations humaines – Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Isabelle Cloutier, psychoéducatrice – Haut St-Laurent, DPJASP
Isabelle Laurin, travailleuse sociale – Jardins-Roussillon, DPJASP
Marie-Christine Payant Desforges, agente de relations humaines – Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Marie-Julie McNeil, organisatrice communautaire – Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Marie-Pier Pelletier, travailleuse sociale – Jardins-Roussillon, DPJASP
Mélanie Camera, spécialiste en activités cliniques – Jardins-Roussillon, DPJASP
Nathalie Primeau, travailleuse sociale – Haut St-Laurent, DPJASP
Noémie Lachance, ergothérapeute – Jardins-Roussillon, DPJASP
Vanessa De Oliveira Paschoal, infirmière clinicienne – Jardins-Roussillon, DPJASP
Véronique Lavoie, auxiliaire aux services de santé et sociaux – Jardins-Roussillon, DPJASP

À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	5
LEXIQUE	6
AVANT-PROPOS	8
INTRODUCTION	9
1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE ET CLIENTÈLE CIBLE	10
1.1. Contexte du problème	10
1.1.1. Estimation de l'ampleur	10
1.1.2. Manifestations de la négligence	11
1.1.3. Facteurs de risque et de protection	12
1.1.4. Conséquences chez le jeune	14
1.2. Clientèle cible	15
1.3. Données probantes sur les interventions	15
1.3.1. Activités de promotion et prévention	15
1.3.2. Interventions individuelles auprès de la clientèle	16
1.3.3. Interventions auprès de la collectivité	16
1.4. But	16
1.5. Objectifs spécifiques	16
2. THÉORIE	17
2.1. Modèles théoriques ou modèles conceptuels	17
2.1.1. Approche de proximité	17
2.2. Moyens attendus pour atteindre les objectifs	19
3. RESSOURCES	20
3.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités	20
3.2. Compétences attendues	21
4. MÉCANISME DE RÉFÉRENCE	22
4.1. Référence (ou cheminement de la demande)	22
4.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	23
4.2.1. Inclusion	23
4.2.2. Exclusion	23
4.3. Critères de fin d'intervention	23
5. STRATÉGIES D'INTERVENTION	24
5.1. Modalités d'intervention	24
5.2. Collaboration avec la Direction de la protection de la jeunesse	24
5.2.1. Signalement à la DPJ	25
5.3. Description du processus d'intervention	25
CONCLUSION	32
LISTE DES ANNEXES	33

RÉFÉRENCES	34
ANNEXE A RÉSUMÉ DU PROGRAMME.....	45
ANNEXE B FACTEURS DE RISQUE À LA NÉGLIGENCE	46
ANNEXE C FACTEURS DE PROTECTION À LA NÉGLIGENCE	47
ANNEXE D FACTEURS CONFONDANTS	48
ANNEXE E DONNÉES PROBANTES SUR LES INTERVENTIONS	49
ANNEXE F : APPROCHE DE PROXIMITÉ : 10 ÉLÉMENTS CLÉ.....	51

Liste des abréviations et des acronymes

ADC	Activités de développement des compétences
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJASP	Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique
DRHDOAJ	Direction des ressources humaines, du développement organisationnel et des affaires juridiques
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
ÉIJ	Équipe Intervention Jeunesse
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PREC	Personne ressource en encadrement clinique
PSI	Plan de services individualisé

Lexique

Activités instrumentales de la vie quotidienne	Activités non élémentaires de la vie quotidienne qui permettent de vivre de façon autonome en société et qui augmentent la qualité de vie de l'individu (ex. : faire les courses, cuisiner, entretien ménager, gestion des finances personnelles, etc.) (Guo & Sapa, 2020).
Chronosystème	Système du temps et chronologie des événements de vie du jeune (Letarte & Pauzé, 2018).
Collaboration interprofessionnelle	« Processus par lequel des [intervenant-e-s] de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté. » (Careau et al., 2014, p. 7).
Collaboration intersectorielle	Processus « ...lorsque des acteur-ric-e-s provenant de divers secteurs d'activité travaillent en association autour d'une préoccupation commune en partageant compétences, informations, ressources et activités. La collaboration intersectorielle permet d'arriver conjointement à des résultats que les organisations ne pourraient atteindre en œuvrant uniquement dans leur secteur. Ce travail de collaboration apporte ainsi un bénéfice mutuel aux différents secteurs qui y prennent part, lequel se traduit par un avantage collaboratif pour tous. » (<i>Qu'est-ce que la collaboration intersectorielle ?</i> , s. d.).
Données probantes	Ensemble des connaissances issues des données scientifiques, circonstancielles et expérientielles (Straus et al., 2018).
Exosystème	Ensemble des environnements indirectement fréquentés par le jeune (Letarte & Pauzé, 2018).
Facteur confondant	Tierce variable qui introduit un biais dans l'interprétation de l'association entre deux variables (Bernard & Lapointe, 1987).
Facteur de protection	Variable qui, seule ou combinée, augmente la probabilité d'effets positifs sur la santé de la population y étant exposée (Cortin et al., 2017).
Facteur de risque	Variable qui, seule ou combinée, augmente la probabilité d'effets négatifs sur la santé de la population y étant exposée (Cortin et al., 2017).
Famille	Membres de la famille biologique ou des personnes significatives pour le jeune.
Interdisciplinarité	Processus de « ... prise de décision partagée entre les [intervenants] et la personne, ses proches ou la communauté [...], concernant un objectif commun et les actions à privilégier pour l'atteindre. Il s'agit de situations où le degré de complexité exige une harmonisation des points de vue pour assurer une vision commune de la situation nécessaire à l'élaboration d'un plan d'action commun. » (Careau et al., 2014, p. 16).
Intervenant	« Celui ou celle qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner, faire intervenir ou dispenser des soins ou des services de santé et sociaux auprès [du jeune] (incluant les soins et services médicaux). » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018, p. 22).
Jeune	Personne de 0 à 17 ans vivant en contexte de négligence et recevant des soins et services de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP).
Macrosystème	Ensemble des croyances et valeurs culturelles de la communauté du jeune (Letarte & Pauzé, 2018).

Maltraitance	« Toute forme de négligence ou d'abus pouvant avoir des conséquences sur la sécurité, le développement ou l'intégrité physique ou psychologique d'un enfant » (Dagenais et al., 2018, p. 5).
Mésosystème	Ensemble des interactions entre les différents microsystèmes du jeune (Letarte & Pauzé, 2018).
Microsystème	Ensemble de personnes ou milieux présents dans l'immédiat du jeune (Letarte & Pauzé, 2018).
Morbidité	État de maladie (Marroun et al., 2018).
Ontosystème	Ensemble de caractéristiques propres au jeune (Letarte & Pauzé, 2018).
Parent	Tout donneur de soins du jeune tel que la mère, le père ou les tuteurs légaux.
Parent soutien	Parent bénévole de la collectivité ayant comme mandat d'accompagner et de soutenir le parent dans l'application de pratiques parentales à travers des situations de la vie quotidienne (Jancarik et al., 2012).
Partenaire	Désigne tous les intervenants de la DPJASP, de la Protection de la jeunesse, des milieux de garde, scolaire, communautaire, social, médical ou privé, impliqués auprès d'un jeune ou sa famille. (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2019).
Plan de services individualisé	Démarche selon laquelle « des intervenants de plusieurs établissements et organismes poursuivent des objectifs auprès [du jeune] et sa famille. • Vise à concevoir avec [le jeune] et sa famille, un plan de services individualisé afin de coordonner les divers services impliqués auprès d'eux; • Vise à planifier les services et ressources nécessaires pour répondre aux besoins [du jeune] et sa famille, et ce, à travers les mandats respectifs de chaque établissement impliqué; • Vise à planifier le partage des responsabilités. (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2019, p. 40).
Professionnel	Intervenants membres d'un ordre professionnel.
Risque sérieux de négligence	Existence d'une forte probabilité que le jeune soit victime de négligence (Gouvernement du Québec, 2022).
Sensibilité culturelle	Compétence de l'intervenant qui se caractérise par une: 1. Connaissance des différences interculturelles; 2. Compréhension de ses valeurs, préjugés et antécédents et comment ceux-ci peuvent affecter la perception de ceux d'autrui; Adaptation de sa perception afin de comprendre et respecter la perspective de l'autre (Kubokawa & Ottaway, 2009).
Système	Ensemble d'éléments qui interagissent entre eux et qui échangent de l'information avec l'extérieur (Pluymaekers, 2002).
Transmission intergénérationnelle de la négligence	État d'un jeune vivant en contexte de négligence alors que son parent a lui-même été victime de négligence durant l'enfance (Richard et al., 2014).

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550¹ médecins, répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Le **Programme pour les jeunes et leur famille vivant en contexte de négligence** s'adresse aux jeunes de 0 à 17 ans et leur famille, ayant des conditions de vie pouvant les mettre à risque de subir une situation de négligence qui excèdent les conditions protectrices.

Ce document détaille les meilleures pratiques issues des données probantes afin de favoriser la réponse aux besoins des jeunes et leurs familles vivant dans ce contexte. Il s'adresse à l'ensemble des intervenants de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP) intervenant auprès de cette clientèle. Ainsi, des programmes d'intervention en négligence plus spécifiques déjà existants, tel que Je tisse des liens gagnants (Jancarik et al., 2012; Lacharité, 2014), peuvent découler de ce programme qui est davantage d'ordre général (programme dit « parapluie »).

Considérant la complexité des situations vécues par les jeunes, il est probable qu'un intervenant utilise les pratiques d'intervention présentées dans ce document en complémentarité avec celles détaillées dans un autre programme de la DPJASP. Le jugement clinique de l'intervenant guidera le choix de collaboration interprogrammes selon les besoins du jeune et de sa famille.

Le choix du titre du programme, en nommant la négligence de façon explicite, pourrait, à première vue, être questionnable. Certains pourraient y voir un risque de préjudice pour les familles participant aux interventions du programme. D'un autre point de vue, définir et expliquer la négligence de façon écosystémique, tel que détaillé dans le présent document, met l'accent sur les conditions de vie des familles les mettant à risque de situations négligentes et non seulement sur la responsabilité individuelle des parents et surtout des mères. Parler de négligence de façon transparente permet une compréhension commune du phénomène et des nombreux facteurs qui contribuent à sa formation (Bérubé et al., 2023).

1. Définition de la problématique et clientèle cible

1.1. Contexte du problème

La négligence est un concept difficile à définir en raison de la complexité inhérente à cette problématique. Elle est rarement le simple reflet de pratiques parentales déficientes; elle émerge et se définit dans un contexte géographique, social, culturel et temporel donné (DePanfilis et al., 2006; Garbarino & Sherman, 1980; Lacharité et al., 2006). En ce sens, selon le modèle écosystémique, la négligence se définit comme une :

« Carence significative, voire absence de réponse 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 cet enfant »
(Lacharité, 2014).

La négligence se caractérise par une **double perturbation** (Lacharité, 2014; Lacharité et al., 2006), soit :

1. La relation parent-enfant: Le parent, étant submergé par des éléments contextuels et des caractéristiques personnelles problématiques, peine à répondre à ses propres besoins. Combiné à des interactions peu fréquentes voire même négatives avec son enfant, la disponibilité et la sensibilité du parent à décoder et à répondre aux besoins de son enfant sont entravées;
2. La relation famille-collectivité : La prédominance d'interventions par des professionnels, agissant à titre de figures d'autorité, comparativement aux interactions informelles qu'entretient la famille, perturbe leur lien avec la communauté en favorisant un climat de méfiance et d'isolement social. La rareté et la qualité des contacts avec l'entourage peuvent occasionner moins d'expériences relationnelles qui soutiennent la réponse aux besoins des jeunes.

Du point de vue légal, la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) définit la négligence comme un état ou un risque sérieux de carence de réponse aux besoins fondamentaux d'un jeune, sur le plan physique, de la santé ou éducatif (Loi sur la protection de la jeunesse, 2022).

1.1.1. Estimation de l'ampleur

Autant il est complexe de définir le concept de négligence, autant l'estimation de l'ampleur de cette problématique s'avère être un défi de taille.

Les statistiques en négligence présentées ci-bas, provenant de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), doivent être interprétées avec précaution, car elles ne représentent qu'un portrait partiel de la situation. Elles ne sont pas le reflet de l'ensemble des familles vivant dans ce contexte (Charlow, 2001; Mayer et al., 2007), et ce, pour trois raisons :

- La négligence, se caractérisant par une carence de réponse aux besoins des jeunes, passe plus facilement sous le radar des statistiques que la commission d'actes tels les abus physiques et sexuels (Connell-Carrick, 2003; Perrault & Beaudoin, 2008);
- Les familles vivant en contexte de négligence ne sont pas nécessairement signalées à la DPJ; elles s'autodéclarent rarement aux institutions de services;
- L'expérience montre qu'une proportion importante de ces familles reçoit souvent des services, en premier lieu, pour d'autres motifs que la négligence tels que des

difficultés au niveau des habiletés parentales ou encore des difficultés langagières, des troubles de comportement ou des difficultés scolaires du jeune. Les motifs de signalement à la DPJ peuvent alors camoufler d'autres types de problématiques.

Finalement, il est important de rappeler que le taux de signalements retenus n'est pas équivalent au taux de prise en charge des jeunes par la DPJ.

Au Québec, la négligence, ainsi que le risque sérieux de négligence, représentaient les motifs de signalement les plus fréquemment retenus par la DPJ en 2021-2022, correspondant à 33,6% des cas. Ces mêmes motifs expliquaient également à eux seuls 49,9% des prises en charge (Directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux, 2022). Ces données sont similaires au portrait global observé en Montérégie (Simoneau, 2022).

En Montérégie-Ouest plus précisément, la figure 1 montre de grandes disparités en fonction des réseaux locaux de services au niveau des taux de signalements retenus par la DPJ. (Équipe Surveillance, Direction de la Santé Publique, CISSS de la Montérégie-Centre, 2021).

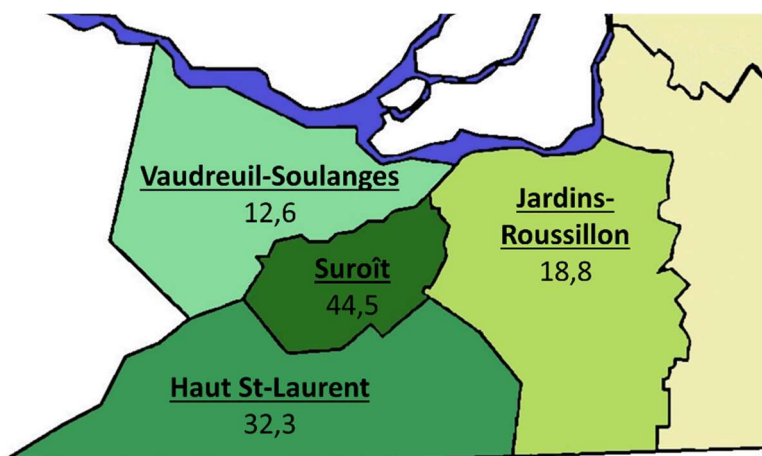


Figure 1 : Taux de signalements retenus par 1 000 jeunes de 0 à 17 ans entre 2018 et 2021

1.1.2. Manifestations de la négligence

La négligence est une problématique vaste pouvant se manifester sous plusieurs **formes** (Centre Jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2006; DePanfilis et al., 2006; Mayer, 2007; Young et al., 2011):

1. Physique : Omission de répondre aux besoins de base du jeune;
2. Médicale : Omission de prodiguer ou de consentir aux soins de santé nécessaires;
3. Éducationnelle : Privation de supervision, d'occasions de stimulation et d'apprentissage favorisant un développement optimal;
4. Émotionnelle ou affective : Incapacité du parent à répondre aux besoins affectifs du jeune, ce qui entrave le développement d'un style d'attachement sécurisant;
5. Communautaire : Absence ou insuffisance de politiques, programmes et ressources qui encouragent un climat sain et sécuritaire pour les jeunes et les familles de la collectivité.

L'intervention en négligence sera grandement influencée par son caractère temporel. Plus précisément, il est possible de distinguer **deux types de négligence**:

1. Circonstancielle : Temporaire et transitoire, ce type de négligence découle souvent d'un élément perturbateur au sein de la famille (ex. : perte d'un emploi, maladie grave);
2. Chronique : Ce type de négligence perdure dans le temps et risque d'engendrer des conséquences développementales importantes chez le jeune. Il s'agit du type de négligence le plus sévère, allant même jusqu'à être parfois intergénérationnel (Perrault & Beaudoin, 2008).

D'ailleurs, la transmission intergénérationnelle de la négligence est un des aspects qui caractérise ce que la littérature appelle la « **sous-culture** » de la **négligence** (Lafantaisie et al., 2013).

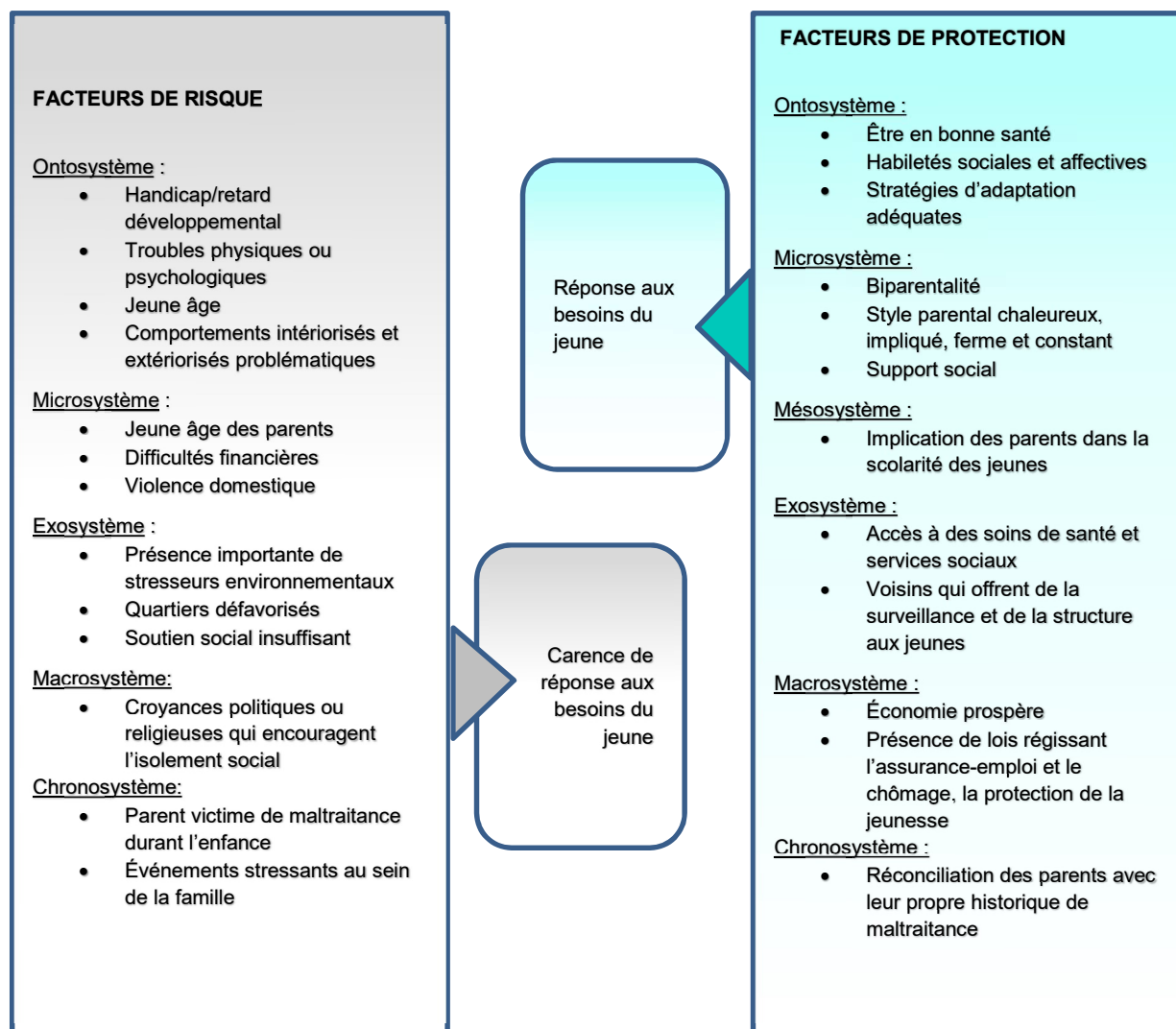
Ce principe est défini par le contraste de perception du contexte de vie des familles en situation de négligence et le contexte de vie décrit comme typique aux yeux de la société. Les familles s'isolent socialement, sont confinées à leur réalité, ce qui engendre et entretient des conditions de vie favorables à la négligence. Les parents ne réalisent donc pas ce qu'il y a de problématique dans leurs conduites et l'importance d'intervenir pour modifier la situation. Le contraste de culture engendre chez les parents de la méfiance à recevoir des services et des difficultés à faire confiance aux intervenants. D'ailleurs, l'intervention auprès des familles vivant dans ce contexte requiert des compétences relatives à la sensibilité culturelle au même titre qu'avec la population immigrante (Lafantaisie et al., 2013).

1.1.3. Facteurs de risque et de protection

La négligence est associée à plusieurs caractéristiques individuelles et environnementales. Le modèle écologique de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979), détaillé dans le processus clinique jeunesse de la DPJASP, permet de démontrer l'influence mutuelle des systèmes entourant le jeune sur le développement de la problématique.

La figure 2 démontre certains facteurs de risque et de protection associés à la négligence selon ce modèle. Ces facteurs sont davantage détaillés à l'annexe B et C. Toutefois, quelques précautions sont à prendre en considération lors de l'interprétation de ceux-ci : Certains facteurs confondants sont expliqués à l'annexe D.

Figure 2 : Facteurs de risque et de protection associés à la négligence



1.1.4. Conséquences chez le jeune

La gravité des conséquences de la négligence peut varier grandement en fonction des facteurs suivants (DePanfilis et al., 2006) :

- L'âge du jeune;
- La robustesse des facteurs de protection;
- La chronicité et la sévérité de la situation de négligence;
- L'attachement envers son donneur de soins.

Les conséquences de la négligence peuvent se décliner ainsi (Child Welfare Information Gateway, 2015; DePanfilis et al., 2006; Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux, 2010; Kerker & Dore, 2006; Lacharité et al., 2006) :

1. Séquelles de santé physique;
 - Morbidités : Retard de croissance, malnutrition, troubles de santé résultant d'une négligence médicale, lésions corporelles, etc.;
 - Mortalité : Souvent attribuable à la négligence éducative (ex. : jeune laissé sans surveillance) et généralement le résultat d'un événement isolé plutôt qu'une situation chronique de négligence.
2. Séquelles intellectuelles et cognitives (ex. : retard intellectuel, troubles de langage, difficultés académiques, etc.);
3. Séquelles émotionnelles et psychologiques (ex. : stratégies de régulation émotives mal adaptées, modèle d'attachement insécure, symptômes intériorisés, etc.);
4. Séquelles comportementales et sociales (ex. : difficultés au niveau du comportement, des habiletés sociales, de la communication, de la reconnaissance des émotions complexes chez les autres, etc.);
5. Autres types de maltraitance : La négligence serait la forme de maltraitance la plus fortement associée aux autres types de mauvais traitements.

1.2. Clientèle cible

Le programme s'adresse aux jeunes de 0 à 17 ans, à leurs parents ainsi qu'à leur famille, qui présentent des facteurs de risque et de faibles facteurs de protection face à la négligence (voir annexes B et C). La figure 3 illustre la clientèle visée par ce programme, allant de la vulnérabilité à la négligence (vert-beige), jusqu'aux situations récurrentes de négligence (orange-rouge).

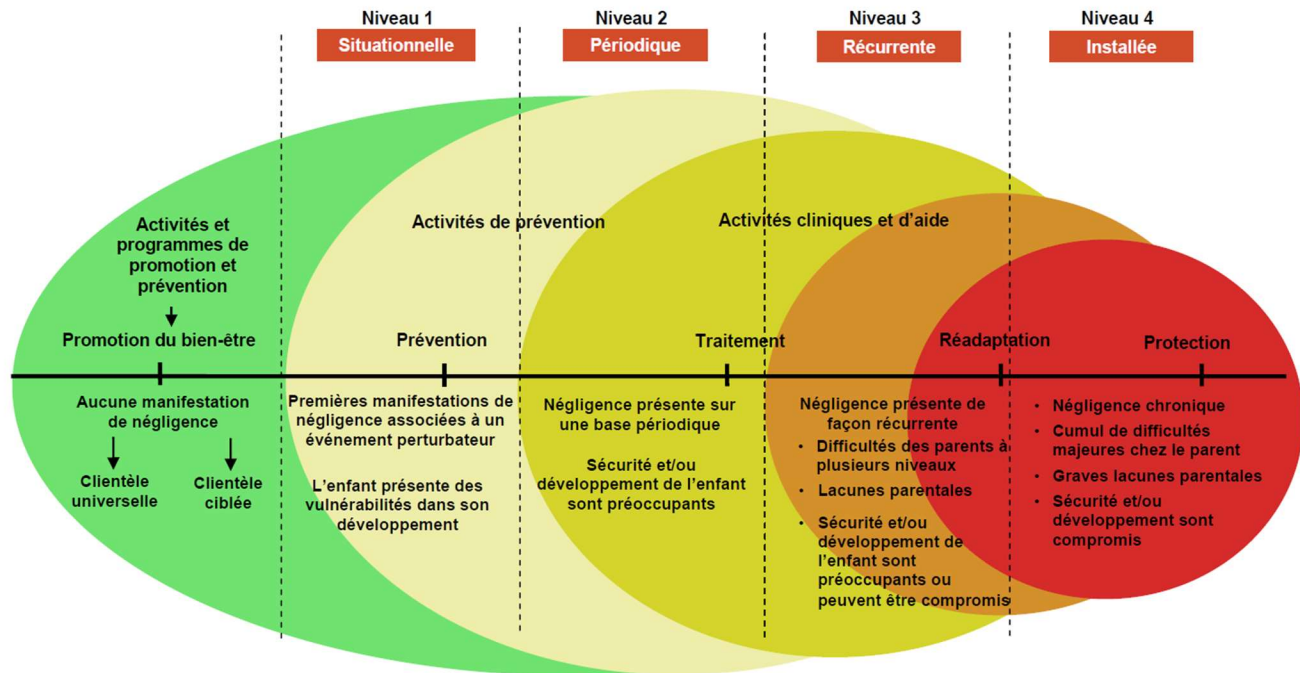


Figure 3 : Continuum de services intégrés dans le contexte d'une programmation en négligence (tiré de Jancarik et al., 2012)

1.3. Données probantes sur les interventions

Les meilleures pratiques en matière d'intervention en négligence sont détaillées à l'annexe E. Il est important de rappeler que ces meilleures pratiques doivent être appliquées selon le jugement clinique de l'intervenant et, selon le cas, afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

1.3.1. Activités de promotion et prévention

La prévention de la négligence a pour objectif central de **travailler les facteurs de protection tout en réduisant les risques futurs des familles de vivre une situation de négligence. L'accès à des soins et services de santé** ainsi qu'à des **occasions de stimulation précoce**, en particulier pour le **langage et le développement bio-psycho-affectif**, est un élément clé pour soutenir le développement du jeune et du parent (Fortson et al., 2016). Un autre aspect primordial pour prévenir cette problématique est le **renforcement du soutien économique aux familles**, sachant que la pauvreté est un facteur de risque important à la négligence (Mayer, 2007). L'accompagnement aux familles afin d'obtenir un soutien économique pourrait diminuer le stress parental, contribuer à augmenter la disponibilité du parent et ainsi possiblement diminuer les risques de négligence.

1.3.2. Interventions individuelles auprès de la clientèle

La littérature dénote qu'il est primordial de favoriser la **collaboration interprofessionnelle et intersectorielle** afin que les différents intervenants travaillent de façon concertée avec le jeune et sa famille vers l'atteinte d'objectifs communs (Lacharité, 2019). Aussi, considérant la méfiance envers les services et l'isolement social fréquent en contexte de négligence, prodiguer des soins et services dans la communauté, soit **dans le milieu naturel** des gens, favorise l'accessibilité et donc l'efficacité des interventions (DePanfilis et al., 2006). Dans le même sens, le développement d'une **alliance thérapeutique** est un incontournable en contexte de négligence, et devrait être perçu comme une priorité tout au long de l'intervention (*Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse - Allocution de Carl Lacharité*, 2020; M.-C. Guay & Deslauriers, 2013; Lacharité, 2013a; Perrault & Beaudoin, 2008). Finalement, l'intervention devrait **cibler à la fois le jeune mais également les autres systèmes** autour de celui-ci, en cohérence avec le modèle écosystémique (Brousseau, 2012; Lacharité, 2019; Lacharité et al., 2006; Poissant et al., 2014).

1.3.3. Interventions auprès de la collectivité

Les données probantes démontrent que ces actions devraient être orientées vers **l'amélioration des conditions de vie** dans lesquelles vivent les familles à risque de négligence (Lacharité, 2019, 2013b). La négligence, n'étant pas le simple reflet de pratiques parentales lacunaires, doit être adressée sous plusieurs facettes, allant des interventions auprès du jeune jusqu'aux déterminants sociaux de la santé. À cet effet, les Tables de concertation en petite enfance et en jeunesse, animées par des organisateur·rice·s communautaires, peuvent être de bons alliés lorsque les enjeux en lien avec les conditions de vie ou les déterminants sociaux requièrent une intervention collective (ex. : transport pour les familles, politique du logement, répit pour les familles, etc.). Les interventions auprès de la collectivité devraient également viser à **briser l'isolement social**, caractéristique fréquente chez les personnes vivant dans ce contexte (Lacharité et al., 2006; Morin et al., 2013).

1.4. But

Prévenir et intervenir selon le continuum de vulnérabilité à la négligence afin d'améliorer les déterminants de la santé, les conditions de vie et de l'intégration sociale des jeunes et leur famille vivant dans ce contexte.

1.5. Objectifs spécifiques

- Favoriser de façon optimale le développement des jeunes sur les plans :
 - Santé physique (développement global);
 - Émotionnel/affectif/relationnel (Lien d'attachement sécurisant, maturité affective);
 - Cognitif/langagier (occasions de stimulation cognitive);
 - Social/éducatif (occasions d'apprentissage et socialisation).
- Favoriser le bien-être physique et mental du parent lui permettant d'adopter des pratiques parentales favorables au développement du jeune;
- Favoriser le fonctionnement, le mieux-être et le réseau social des membres de la famille;
- Faciliter l'intégration sociale des familles au sein de la collectivité;
- Soutenir l'utilisation des ressources par les familles lorsque des besoins émergent.

2. Théorie

Le modèle écosystémique et l'approche participative constituent les assises de l'intervention communes à chacun des programmes de la DPJASP et sont détaillés dans le guide explicatif du processus clinique jeunesse (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2019). Centrer l'intervention seulement sur le jeune ou le parent est une stratégie peu efficace en négligence; viser l'ensemble des systèmes du jeune comme l'indique le modèle écosystémique a été démontré efficace auprès de cette clientèle. Aussi, l'approche participative, en opposition à la vision paternaliste de l'intervention longtemps mise de l'avant, vise la contribution, l'implication et la prise de décision du jeune et de son parent au cours de l'intervention, pratique démontrée gagnante dans ce contexte (Bérubé et al., 2015).

La théorie propre à ce programme est complémentaire aux philosophies d'intervention présentées dans le processus clinique jeunesse. La situation vécue par le jeune et sa famille déterminera l'emploi des approches à préconiser selon leurs besoins.

2.1. Modèles théoriques ou modèles conceptuels

2.1.1. Approche de proximité

L'approche de proximité (aussi appelée « approche milieu ») vise l'amélioration des déterminants sociaux de la santé de la population (pour plus d'informations, voir : Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2019). Elle passe par l'entremise, entre autres, d'interventions effectuées au sein même de la collectivité (Collectif petite enfance, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). Cette approche est axée sur la prévention (plutôt que sur le traitement curatif), sur la collectivité (plutôt que sur l'individu uniquement) et sur les compétences (plutôt que sur les lacunes) (Bourassa et al., 2003; J. Guay et al., 2000; Morin et al., 2015). L'approche de proximité se caractérise par un rythme clinique déterminé par les individus selon leurs besoins actuels.

Intervenir selon l'approche de proximité implique de (Bourassa et al., 2003; J. Guay et al., 2000; Morin et al., 2015) :

1. Décentraliser : plutôt qu'avoir lieu dans les locaux des intervenants, les interventions se font dans le milieu naturel du jeune, selon ce qui répond le mieux à son besoin. Ceci permet une augmentation de la visibilité des intervenants dans la collectivité, ce qui favorise l'accessibilité des services et l'établissement d'une alliance thérapeutique;
2. Être proactif : l'approche de proximité encourage les interventions avant que les difficultés s'enveniment ou suite à des demandes informelles de la part des membres de la famille ou de la collectivité. Ceci permet d'aller rejoindre les personnes plus vulnérables, qui n'utilisent habituellement pas les services. En d'autres termes, être proactif se traduit par des actions de *reaching out* auprès de la clientèle et par une posture d'intervention qui démontre un ajustement du niveau d'accompagnement aux besoins des personnes (faire pour/faire à la place de, faire avec, faire faire, laisser faire);
3. Partager la responsabilité : la responsabilité du mieux-être du jeune est partagée entre celui-ci, sa famille, l'intervenant et tous les partenaires impliqués selon le cas. Pour le jeune et sa famille, il s'agit de reprendre le pouvoir sur son rétablissement.

La figure 4 illustre les 10 éléments clé de l'approche de proximité, éléments qui sont davantage détaillés à l'annexe F.



Figure 4 : Approche de proximité : 10 éléments clé (Comité d'action Locale de Brome-Missisquoi, 2016)

L'application de cette approche demande une excellente compréhension de ces fondements par les intervenants et les gestionnaires, afin que les équipes se sentent légitimées d'intervenir autrement. Toutefois, l'intervention de proximité n'exclut pas l'obligation des intervenants de respecter les normes de pratique en vigueur, soit le cadre légal ainsi que les obligations découlant des ordres professionnels et du processus clinique jeunesse.

Plusieurs éléments de cette approche sont intégrés au modèle écosystémique; entre autres, au niveau de l'intervention en milieu naturel et de la prise en considération du contexte de vie dans l'élaboration de l'intervention. Cette approche est également fortement influencée par le savoir expérientiel des intervenants.

2.2. Moyens attendus pour atteindre les objectifs

Moyen 1 : Offrir des interventions proactives et novatrices ciblant plusieurs systèmes du jeune

- Agir de façon proactive sous l'angle du *reaching out* dans la réponse aux besoins de soutien des jeunes et de leur famille.
- Dépistage précoce du retard de développement et des autres types de maltraitance auprès du jeune et de la fratrie, s'il y a lieu.
- Interventions précoces, tôt dans la vie (ex. : occasions d'éducation, de stimulation, de socialisation, etc.).
- Interventions auprès du jeune (et non seulement du parent) ainsi que les autres systèmes l'entourant.
- Interventions visant le développement de pratiques parentales favorables à un attachement plus sécurisant.
- Interventions de proximité, dans le milieu naturel du jeune.
- Accompagnement modulé en fonction des besoins (faire pour/faire à la place de, faire avec, faire faire, laisser faire) des familles dans leurs activités instrumentales de la vie quotidienne.
- Reconnaissance du travail effectué et du temps accordé par les intervenants pour améliorer le contexte de vie des familles au-delà de l'intervention clinique (ex. : temps dédié à l'établissement de partenariats, recherche de ressources pour les familles).

Moyen 2 : Privilégier la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle

- Travail collaboratif avec les autres professionnelles à la hauteur des besoins de la famille (multidisciplinaire et interdisciplinaire).
- Collaboration et partage de responsabilités avec les jeunes, leurs familles et les partenaires, en adoptant une posture égalitaire.
- Adoption d'une vision commune de la négligence à travers un cadre d'analyse commun des besoins des jeunes et des familles vivant dans ce contexte.

Moyen 3 : Développer une alliance thérapeutique avec les jeunes et leurs familles

- Reconnaissance du temps nécessaire à l'établissement d'une relation thérapeutique et de son importance tout au long de l'intervention auprès des familles souvent méfiantes envers les services.
- Adoption d'un vocabulaire compréhensible pour les familles et d'une posture de non-jugement, autant non verbale que verbale et écrite.
- Identification des besoins à partir de la vision des jeunes et de leur famille en complétant avec celle des intervenants.
- Stabilité des intervenants au dossier.

Moyen 4 : Accompagner de façon personnalisée vers le bon service au bon moment

- Accompagnement du jeune et sa famille dans la sollicitation et l'utilisation des services offerts dans la collectivité.
- Implication de l'intervenant pivot afin d'accompagner le jeune et sa famille dans leur trajectoire de soins et services personnalisés à leurs besoins.

Moyen 5 : Tendre vers la création d'équipes d'intervenants dédiés à l'intervention en contexte de négligence

- Attribution des familles et composition des équipes en fonction de la réalité territoriale (ex. : besoins des familles, partenariat avec les organismes communautaires).
- Développement et reconnaissance de l'expertise et formation spécifique requise pour intervenir auprès des familles.
- Participation à des activités de développement des compétences avec les partenaires (ex. : DPJ, centres de la petite enfance, écoles, organismes communautaires).

3. Ressources

3.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités

Le programme pour les jeunes et leur famille vivant en contexte de négligence est appliqué par des intervenants issus de plusieurs disciplines, travaillant en collaboration à différents niveaux selon les besoins du jeune et de sa famille :

- Agent de relations humaines
- Auxiliaire aux services de santé et sociaux
- Chef de programme
- Criminologue
- Diététiste-nutritionniste
- Éducateur
- Ergothérapeute
- Hygiéniste dentaire
- Infirmière
- Organisateur communautaire
- Orthophoniste
- Personne ressource en encadrement clinique (PREC)
- Physiothérapeute
- Psychoéducateur
- Psychologue
- Sexologue
- Technicien en diététique
- Technicien en éducation spécialisée
- Technicien en travail social
- Travailleur social

Tel que mentionné en introduction de ce document, ce programme s'applique de façon générale à l'ensemble des intervenants de la DPJASP travaillant auprès de la clientèle en contexte de négligence. Les rôles et responsabilités propres à certains programmes d'intervention spécifiques (ex. : Je tisse des liens gagnants) ne sont donc pas abordés dans le présent document.

Chef de programme : Assure la qualité optimale des services offerts dans le cadre du programme et soutient au besoin l'encadrement professionnel des intervenants.

Intervenant pivot : Assure la coordination des services et la fluidité du parcours du jeune et de sa famille à travers les étapes du processus clinique (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2019).

Personne ressource en encadrement clinique : Soutient et accompagne « les intervenants dans le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles » (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2023, p. 10). L'encadrement clinique offert est ajusté en fonction des besoins des intervenants. Une attention particulière est apportée au vécu émotionnel des intervenants face à certaines situations de négligence pouvant être difficiles.

Activités réservées : Les intervenants travaillent en conformité avec leur champ d'exercice lors de leur prestation de services auprès de la clientèle. Les champs d'exercices des intervenants œuvrant au sein du programme sont définis à même le Code des professions (Gouvernement du Québec, 2021). Pour les intervenants membres du conseil multidisciplinaire, l'information est également disponible sur la page Intranet *Ma pratique professionnelle : conseil multidisciplinaire* (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2021b).

Conséquemment, les activités dites réservées doivent être réalisées exclusivement par les professionnels habilités à le faire, dans leur champ d'exercice respectif, à l'égard du Code des professions et ses modifications ainsi que l'ensemble des autres lois et règlements traitant du système professionnel (Assemblée nationale, 2002; Éditeur officiel du Québec, 2009; Gouvernement du Québec, 2021).

Finalement, tel que mentionné dans les meilleures pratiques en négligence, il est recommandé de minimiser le changement d'intervenants œuvrant auprès des familles vivant dans ce contexte. L'organisation du travail doit donc prendre en considération cet aspect afin de favoriser une stabilité au sein des équipes et l'établissement d'une alliance thérapeutique avec les familles.

3.2. Compétences attendues

Les **profils de compétences**^[1] précisent les compétences attendues pour l'ensemble des intervenants dans l'exercice de leurs fonctions. Les profils de compétences comprennent notamment les compétences de fonction liées au titre d'emploi.

Pour ce qui est des **compétences générales** requises pour l'ensemble des intervenants œuvrant au sein de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique, elles sont détaillées dans le guide explicatif du processus clinique jeunesse(Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2019).

Développement des compétences :

L'actualisation des responsabilités et rôles inhérents au **présent programme** pourrait nécessiter le développement ou le perfectionnement de compétences spécifiques portant sur :

- Les approches d'intervention spécifiques ou complémentaires;
- L'application du modèle écosystémique en contexte de négligence;
- L'application de l'approche participative en contexte de négligence;
- Les interventions dans une logique de services intégrés;
- Les particularités de la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle en contexte de négligence;
- L'intégration et la mise à jour des meilleures pratiques en contexte de négligence;
- L'application de modalités d'intervention spécifiques;
- Les trajectoires de soins et services complémentaires;
- Les principaux partenariats de soins et services;
- L'utilisation d'outils cliniques spécifiques.

Les services de formation du CISSS de la Montérégie-Ouest (DSMREU, DSIEU et DRHDOAJ) peuvent accompagner les directions concernées dans l'analyse de besoin et dans l'identification des activités de développement des compétences (ADC) spécifiques à un programme. Conséquemment, un cursus évolutif contenant les activités de développement des compétences (incluant les formations) découlant du présent programme sera disponible aux équipes. L'intervenant doit se référer à son gestionnaire ou à sa PREC pour avoir plus d'informations sur les activités de développement des compétences disponibles.

Les **besoins individuels ou d'équipe** en développement ou perfectionnement des compétences pourront être répondus par l'entremise d'ADC. Ces activités, échelonnées dans le temps, pourront être présentées en utilisant différentes modalités (capsule clinique, activité d'appropriation, formation en ligne ou en présentiel, groupe de co-développement, communauté de pratique, etc.). Les contenus de ces activités seront également adaptés aux intervenants selon leurs rôles, leurs besoins, ainsi que la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement.

Comme mentionné précédemment, la collaboration entre les différents partenaires est essentielle à la réussite des interventions en négligence. C'est pourquoi il est fortement suggéré de planifier et de participer à des **activités de développement de compétence conjointes avec les partenaires**, autant celles organisées par le CISSS de la Montérégie-Ouest que par le milieu communautaire ou scolaire. Avoir accès à ces activités communes permet d'établir une vision commune de la négligence et de son intervention au sein de tous les partenaires impliqués auprès des familles.

^[1] Des profils de compétence ont été élaborés pour chacun des titres d'emploi de la catégorie 4 du CISSS de la Montérégie-Ouest. Ils se trouvent sur l'intranet de l'organisation.

Enfin, des rencontres régulières de soutien clinique avec les personnes ayant des fonctions d'encadrement clinique sont à privilégier pour guider les intervenants dans les dossiers complexes, le développement des compétences ainsi que le transfert de connaissances.

4. Mécanisme de référence

La section ci-dessous aborde le mécanisme d'accès aux services du programme. Les familles vivant en contexte de négligence ne formuleront souvent pas explicitement de demande de services. En cohérence avec l'approche de proximité mise de l'avant, les intervenants, lorsqu'ils repèrent un besoin, auront donc le mandat de les accompagner à leur rythme afin qu'ils puissent accéder aux services.

4.1. Référence (ou cheminement de la demande)

Références d'un partenaire ou d'une autre direction du CISSS Montérégie-Ouest (externe ou inter direction)

Un partenaire souhaitant référer un jeune aux services offerts au CISSS de la Montérégie-Ouest expédie sa demande au guichet d'accès jeunesse (CLI-60188 - Demande de services en jeunesse). Sur réception de la demande, un intervenant analyse l'admissibilité en fonction des besoins et détermine le niveau de priorité. La demande est ensuite dirigée vers le programme ou les ressources appropriées, incluant les ressources communautaires. Les intervenants utilisent différents moyens (ex. : textos, appels, etc.) afin de joindre les usagers, s'adaptant ainsi aux besoins de chacun.

Lorsqu'un partenaire fait face à une situation complexe et urgente d'un jeune et qu'un plan de services individualisé (PSI) n'a pas permis de dénouer l'impasse, le partenaire s'adresse à l'intervenant au dossier. Celui-ci analyse la demande et l'achemine à l'Équipe Intervention Jeunesse (ÉIJ), lorsque pertinent (Demande de services ÉIJ – formulaire CLI-60123).

Références internes à la DPJASP (interprogramme)

Lorsqu'un programme ne peut répondre à l'ensemble des besoins du jeune et de sa famille, il est parfois pertinent de faire appel aux services d'un second programme (simultanément ou en remplacement) de la DPJASP. Dans ce contexte, la nouvelle démarche d'accès (demande de services) n'implique pas l'équipe du guichet d'accès jeunesse, conformément au processus clinique jeunesse.

La procédure suivante s'applique :

- L'intervenant assigné au dossier présente la demande à la PREC de son programme. Ensemble, ils analysent la situation :
 - o Est-il obligatoire de référer le dossier à un autre programme?
 - o Serait-il plus pertinent, du point de vue du jeune et de sa famille, de le maintenir au programme et d'aborder la nouvelle problématique? Dans cette option, il est possible, même encouragé, de demander le soutien d'un collègue de l'autre programme.
- Lorsqu'il est jugé pertinent de demander les services d'un autre programme de la DPJASP (en remplacement ou en simultané), la PREC interpelle la PREC du programme visé pour réaliser une discussion clinique en vue d'une prise de décision concertée;
- Dans la négative, le programme actuel poursuit ses interventions en intégrant les nouveaux besoins au plan. Dans l'affirmative, la PREC du programme initial ou l'intervenant assigné complète la référence dans SIC.

4.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

4.2.1. Inclusion

Est inclus au programme tout jeune de 0 à 17 ans, de même que ses parents et sa famille, qui présentent un déséquilibre entre le cumul de facteurs de risque et une vulnérabilité de facteurs de protection associés à la négligence.

4.2.2. Exclusion

Ce programme n'inclut pas de critère d'exclusion à proprement dit. Le seul critère pouvant justifier l'exclusion d'un jeune ou de sa famille au présent programme est que leurs besoins seraient mieux répondus par les modalités d'un autre programme de la DPJASP ou par les services d'une autre organisation.

Avant de décider de l'exclusion d'un jeune ou de son parent au programme, l'intervenant est invité à discuter du cas avec la PREC ou le chef de programme.

L'exclusion du jeune ou de son parent au programme n'empêche pas l'intervenant d'offrir des services aux autres systèmes entourant le jeune ou son parent (ex. : la famille, son environnement) si leurs besoins le requièrent. L'intervenant a donc un devoir de bienfaisance envers le jeune et sa famille tout en respectant le cadre légal de sa pratique.

4.3. Critères de fin d'intervention

Les critères de fin d'intervention au programme sont cohérents avec ceux détaillés à la section 3.5 du processus clinique jeunesse (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2019).

Toutefois, dans le cadre de ce programme, il importe de préciser certains de ces critères :

« À l'issue d'une évaluation disciplinaire, il y a absence de besoin relevé ou de demande de la part de l'utilisateur ou de ses parents »

En effet, les familles vivant en contexte de négligence peuvent montrer des difficultés à communiquer et à identifier leurs attentes et besoins. Le travail collaboratif avec la famille est donc essentiel afin d'accompagner la famille à l'identification de leurs besoins et favoriser la réponse à ceux de leurs jeunes.

« Le manque de participation, de mobilisation ou d'assiduité de la part de l'utilisateur et/ou de sa famille ne permettent pas (ou ne permettent plus) d'actualiser les interventions »

Ces familles peuvent, et ce, pour plusieurs raisons, paraître comme manquant d'assiduité ou de mobilisation, par exemple en ne se présentant pas aux rendez-vous planifiés. Il importe aux intervenants de questionner davantage les familles afin de cibler les véritables raisons du manque de participation. Tel que détaillé précédemment, le contexte de vie complexe submergeant les familles peut grandement interférer avec la mobilisation de celles-ci.

« La poursuite des interventions n'entraînerait pas de progrès ayant un impact significatif sur la situation de l'utilisateur ou de sa famille (la qualité de vie, développement, rétablissement, santé ou le bien-être) »

Dans certains cas, le fait de poursuivre les interventions permet de maintenir les acquis de la famille et de ne pas entraîner une dégradation de la situation. L'intensité des interventions est donc à ajuster en fonction des besoins.

L'intervenant est invité à discuter avec la PREC avant de mettre fin à une intervention pour ces motifs dans un contexte de négligence.

5. Stratégies d'intervention

5.1. Modalités d'intervention

Dans l'établissement des modalités d'intervention, il est primordial de tenir compte des caractéristiques propres à la situation de négligence vécue par la famille (ex. : âge du jeune, type et forme de négligence, facteur de risque et protection, etc.). De manière générale, les meilleures pratiques d'intervention en négligence démontrent l'importance d'accompagner ces familles sur plusieurs fronts simultanément selon le continuum de services offerts. De ce fait, combiner des interventions :

- Individuelles;
- Familiales;
- De groupe;
- Soutien entre pairs (Jancarik et al., 2012; Lacharité, 2014).

serait plus efficace que de se concentrer uniquement sur une seule modalité (Dufour & Chamberland, 2003). Cette logique est également valable lorsque l'on parle de disciplines professionnelles. L'interdisciplinarité, c'est-à-dire l'intégration de divers expertises ou secteurs travaillant ensemble vers un même objectif, favorise l'efficacité de l'intervention, surtout dans le cas de situations complexes de négligence.

Aussi, « [l']intervention doit être suffisamment longue, d'une intensité et d'une durée significatives (de 18 à 24 mois en moyenne), cohérente et ajustée aux besoins évalués et en continuité. » (Pauzé et al., 2016, p. 9).

En cohérence avec le modèle écosystémique et l'approche de proximité, les intervenants sont encouragés, lorsque possible, à **intervenir dans le milieu naturel** des jeunes, soit l'environnement dans lequel ils évoluent. L'intervention peut donc avoir lieu dans divers endroits tels un organisme communautaire, un parc ou encore la résidence du jeune. Les lieux d'intervention sont déterminés en partenariat avec les familles.

5.2. Collaboration avec la Direction de la protection de la jeunesse

Les données probantes concernant l'intervention en négligence rapportent l'importance de travailler en partenariat, autant interprofessionnel qu'intersectoriel. Ne faisant pas exception, lorsque l'application de la LPJ est requise, la collaboration entre la DPJ et le CISSS est une valeur ajoutée à l'efficacité de l'intervention. D'ailleurs, cet aspect a fait l'objet d'un document détaillant les ententes entre les différents CISSS de la Montérégie (Potvin et al., 2016). Considérant la complexité de la problématique de négligence, l'élaboration d'un PSI de façon concertée entre le jeune, les parents, le CISSS, la DPJ et autres partenaires impliqués est souhaitable dans ce contexte (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017; Tremblay et al., 2019).

Lorsque requis et pertinent cliniquement, les interventions psychosociales et de réadaptation doivent être faites conjointement entre la DPJ et le CISSS, et ce, si tel est le cas, à toutes les étapes de l'application de la LPJ (Tremblay et al., 2019). Les deux parties se doivent de déterminer la nature de la collaboration ainsi que les modalités d'une intervention commune dans le but de maintenir la continuité relationnelle pour le jeune et sa famille. Dans l'optique du meilleur intérêt du jeune, il est souhaitable d'éviter les bris de services et de minimiser les changements fréquents d'intervenants pouvant contribuer davantage à la méfiance de la clientèle envers les services (Lebrun et al., 2011).

Pour plus d'informations concernant la collaboration entre le CISSS de la Montérégie-Ouest et la DPJ dont le CISSS de la Montérégie-Est est mandataire, l'intervenant peut se référer à la documentation détaillant l'offre de services intégrée pour les familles en Montérégie engageant tous les services psychosociaux de 1ère ligne et ceux de la direction de la protection de la jeunesse (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest & Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, 2022).

5.2.1. Signalement à la DPJ

Un intervenant a l'obligation de faire un signalement à la DPJ lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que la sécurité ou le développement d'un jeune pourrait être compromis, selon les situations prévues à l'article 38 de la LPJ. On entend par motifs raisonnables, tous les motifs suivants pouvant laisser présager une situation de négligence ou tout autre type de maltraitance :

- Les propos et confidences du jeune ou de ses parents;
- Les gestes et attitudes du jeune ou de ses parents;
- Les blessures ou marques observées sur le jeune;
- Toute observation pertinente, relevée par l'intervenant.

Il n'est pas nécessaire pour l'intervenant d'avoir la certitude absolue que le signalement soit retenu; si la condition du jeune est trop préoccupante ou que les changements apportés par ses donneurs de soins ne sont pas significatifs, il se doit de rapporter la situation sans délai.

Il est important de rappeler qu'en tout temps, les cas d'abus physique ou sexuel doivent être signalés à la DPJ et ce, malgré que des actions soient entreprises par les parents pour remédier à la situation (Houle et al., 2008).

La ressource « Aide-mémoire pour faire un signalement », développée par la DPJ, est disponible au http://www.cdpedj.qc.ca/publications/brochure_signalement_DPJ_FR.pdf. Elle peut soutenir l'intervenant dans sa décision de signalement. En cas de doute, il est fortement encouragé de discuter de la situation avec la PREC.

5.3. Description du processus d'intervention

Quelques éléments sont à considérer de façon transversale, c'est-à-dire à chacune des étapes du processus d'intervention :

- Porter, en tant qu'intervenant, une attention particulière au vocabulaire employé, autant verbal, non verbal et écrit, ainsi qu'à sa posture. Assurer que ceux-ci soient adaptés au contexte du jeune et qu'ils favorisent l'établissement d'une alliance thérapeutique;
- Légitimer les intervenants à faire preuve d'innovation et de créativité dans l'établissement des modalités d'intervention, tout en respectant le cadre légal de la pratique et l'éthique clinique (ex. : lieux d'intervention, horaire des intervenants adaptés aux besoins de la famille, interventions informelles);
- Repérer les besoins et agir en prévention plutôt que d'attendre une demande de services (ex. : repérage des besoins auprès des autres membres de la famille dans le milieu naturel).

1. Accueil au programme			
Sous-étapes	Actions spécifiques au programme	Responsables	Outils
1.1. Analyser la demande et les besoins	- Analyser sommairement les besoins du jeune et sa famille avec une perspective écosystémique de la situation de négligence de la demande en cours.	Intervenant(s) assigné(s) au jeune et sa famille	Cadre d'évaluation des besoins des enfants (Ward and Rose) (Formation continue partagée, 2022)
1.2. Contacter l'utilisateur et ses parents, fixer un rendez-vous, valider les besoins et le consentement	- Miser sur la participation des familles dans la validation de leurs besoins. Ne pas oublier que certaines familles pourraient avoir des difficultés à identifier ou exprimer leurs besoins. - Prendre contact avec les familles peut nécessiter plusieurs tentatives, différentes modalités (ex. : courriels, messages textes, présentiel) ou le recours à un partenaire pouvant faciliter le processus.	Collaborateurs : Jeunes/famille Partenaires impliqués	
1.3. Effectuer la rencontre et expliquer l'offre de service	- Valoriser la demande d'aide du parent (Formation continue partagée, 2022) - Expliquer, dans un langage accessible aux familles, l'offre de services, les étapes du processus, les partenaires impliqués, etc. - Prioriser et investir une attention particulière à l'établissement d'une alliance thérapeutique avec la famille, entre autres via le savoir-être de l'intervenant.		Approche de proximité : 10 éléments clé (Comité d'action Locale de Brome-Missisquoi, 2016)
1.4. Envisager le mode de fonctionnement, avec l'utilisateur et ses parents	- Déterminer le lieu d'intervention et la fréquence des rencontres. Ces modalités peuvent changer dans le temps en fonction des besoins. - Convenir des modalités d'annulation des rencontres en gardant en tête la réalité des familles vivant dans un contexte de négligence.		
1.5. Aborder le consentement à recevoir des services	- Porter une attention particulière à l'explication du concept de consentement libre et éclairé dans un contexte où les familles peuvent avoir peur de représailles si elles refusent les services. Par exemple, la signature d'un document peut soulever certaines craintes chez des familles. Certaines familles seraient potentiellement plus réceptives et confortables à consentir ou non verbalement. Il est à noter que la démarche d'obtention du consentement doit être renouvelée pour chaque soin et service proposé au jeune ou sa famille, et ce, tout au long de ce processus.		Formulaire Consentement aux soins et services (CLI-60636) Formulaire Consentement aux services psychosociaux (CLI-60637) Dépliant – Le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux, un

	- Aborder la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits (Agrément Canada, 2018).		recours indépendant et confidentiel (Gouvernement du Québec, 2019)
1.6. Obtenir les autorisations nécessaires à l'actualisation des étapes ultérieures			Formulaire Demande intra-CISSS de transmission d'information contenue au dossier de l'utilisateur (CLI-60264)

2. Évaluation et analyse			
Sous-étapes	Actions spécifiques au programme	Responsables	Outils
2.1. Identifier et utiliser les outils d'évaluation et les modalités pertinentes		Intervenant(s) assigné(s) au jeune et sa famille	
2.2. Réaliser la collecte de données auprès de l'utilisateur, ses parents et les partenaires	- Évaluer les besoins du jeune et de sa famille par l'entremise d'une analyse participative des besoins. - Observer et collecter des données dans les différents milieux du jeune (Formation continue partagée, 2022). - Identifier les facteurs à prendre en considération lors de l'évaluation (Pauzé et al., 2016), ce qui peut inclure: - o Âge développemental du jeune (approche psychodéveloppementale); - o Forme et type de négligence; - o Caractéristiques propres à la situation de négligence; - o Conséquences possibles sur le jeune; - o Facteurs de risque et de protection; - o Historique des signalements, placements et déplacements du jeune depuis sa naissance (Côté & Le Blanc, 2016); - o Pratiques/connaissances/capacités parentales incluant la présence d'un substitut pour le jeune en cas d'incapacité du parent; - o Historique de traumatismes complexes du parent; - o Risque pour la sécurité immédiate du jeune; - o Perception du jeune et sa famille face à la situation; - o Histoire prénatale et postnatale du jeune (Formation continue partagée, 2022); - o Facteurs environnementaux et conditions de vie;	Collaborateurs : Jeunes/famille Partenaires impliqués	- Outil d'analyse participative (Programme Je tisse des liens gagnants, 2016) - Inventaires des facteurs de risque de protection (voir annexes B et C) - Cartes conceptuelles en négligence (Pauzé et al., 2016) Outils issus de la formation <i>Intervention en contexte de négligence</i> (Formation continue partagée, 2022): - Cadre d'évaluation des besoins des enfants (Ward and Rose); - Sphères du développement.

	○ Réseau social et communautaire. - Procéder à la traduction du blâme en besoins : les familles vivant dans ce contexte peuvent verbaliser leurs besoins à travers des reproches envers autrui ou envers des services. L'intervenant doit faire un exercice d'interprétation pour percevoir les intentions nobles derrière ce blâme et d'être capable d'en discuter avec les parents. En d'autres termes, il s'agit de savoir lire entre les lignes et découvrir le non-dit derrière ces critiques.		
2.3. Analyser les facteurs en cause, en considérant le modèle écosystémique et l'approche participative	- Faire le bilan des facteurs de risque à adresser et des facteurs de protection pouvant servir de levier à l'intervention. Prioriser les cibles d'intervention en conséquence (Formation continue partagée, 2022). - Analyser la motivation et la mobilisation des familles en prenant en considération le contexte de vie. - Apprécier les sphères développementales du jeune (Ward and Rose).		
2.4. Partager et discuter de l'analyse/opinion professionnelle avec l'usager et ses parents	- Explorer la perception de la famille sur la situation en utilisant les mots employés par le jeune et ses parents. - Développer l'empowerment des familles, entre autres, en les impliquant dans le processus d'analyse, en respectant leurs priorités et en reconnaissant leurs savoirs.		
2.5. Transmettre les recommandations et références	- Avoir une considération pour le rythme de la famille et le niveau d'accompagnement requis.		

3. Élaboration du plan et mise en œuvre des interventions			
Sous-étapes	Actions spécifiques au programme	Responsables	Outils
3.1. Envisager avec l'usager et ses parents, le partenariat qui sera requis	- Proposer et présenter aux familles les partenaires qui pourraient être impliqués à la démarche.	Intervenant(s) assigné(s) au jeune et sa famille	
3.2. Impliquer l'usager et ses parents dans la préparation de	- Valider le consentement des familles à propos des sujets qui seront discutés. S'assurer que les familles soient confortables de les aborder et au besoin, ajuster le contenu de la rencontre.	Collaborateurs : Jeunes/famille Partenaires impliqués	

la rencontre d'élaboration du plan	- Valider le consentement des familles à la tenue d'une discussion clinique entre intervenants impliqués en préparation de la rencontre de plan.		
3.3. Élaborer le plan avec l'utilisateur, ses parents et les partenaires	- Adopter une posture égalitaire envers le jeune, sa famille et les partenaires, en évitant de se positionner en expert et en considérant l'apport unique de chacun. - Cibler des objectifs d'intervention pour le jeune, les parents et/ou l'environnement selon la situation vécue. - Tenir compte des éléments suivants dans l'élaboration du plan : ○ Répondre aux besoins du jeune et de sa famille en complétant avec ceux ciblés par l'intervenant et les partenaires, en considérant les capacités, la disponibilité et le rythme des familles; ○ Cibler facteurs de risque et protection simultanément; ○ Déterminer l'intensité d'interventions nécessaires entre autres, considérant l'âge développemental du jeune; ○ Considérer les autres adultes significatifs pouvant aussi répondre aux besoins des jeunes (Formation continue partagée, 2022); ○ Miser sur le développement de compétences et d'autonomie des familles; ○ Viser l'amélioration des déterminants sociaux de la santé; ○ Cibler des interventions multimodales qui adressent plusieurs systèmes à la fois; ○ Toujours garder en tête que l'intérêt du jeune est au cœur des actions.		Formulaire de plan (Plan d'intervention, plan d'intervention interdisciplinaire, PSI, plan thérapeutique infirmier) Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2021a)
3.4. Déterminer les modèles d'intervention, en cohérence avec les objectifs convenus au plan	- Mettre à profit les modèles d'intervention convenant le mieux à la situation du jeune. - Planifier des interventions pouvant agir sur plusieurs fronts et de plusieurs modalités simultanément (individuelles auprès des jeunes et des parents, interventions familiales, soutien entre pairs, activités communautaires, etc.).		
3.5. Rédiger le plan	- Rédiger le plan de façon conjointe avec le jeune et sa famille afin de favoriser leur compréhension, en utilisant les mots qu'ils emploient.		

	- Remettre une copie du plan à la famille dans un format le plus adapté aux besoins. Par exemple : - o Plan dans la langue de prédilection de la famille; - o Format verbal du plan si le format écrit est confrontant pour la famille; - o Plan sous forme de pictogrammes plutôt que sous forme écrite. Une copie formelle écrite en français du plan doit toutefois se retrouver au dossier du jeune et de sa famille.		
3.6. Mettre en œuvre les interventions, en collaboration avec l'utilisateur, ses parents et les partenaires impliqués	- Procéder aux interventions le plus possible dans le milieu naturel des jeunes. - Accompagner les jeunes et leurs familles dans l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne: - o Faire pour/faire à la place de; - o Faire avec; - o Faire faire; - o Laisser faire. - Mobiliser le réseau social et les principaux partenaires gravitant autour de la famille.		

4. Révision du plan et mesure des résultats			
Sous-étapes	Actions spécifiques au programme	Responsables	Outils
4.1. Apprécier l'évolution de la situation de l'utilisateur et de ses parents, suite à la mise en œuvre des interventions découlant du plan	- Ajuster la fréquence de révision du plan en fonction des objectifs préalablement ciblés. - Valoriser les apprentissages réalisés par la famille et ce, un pas à la fois (Formation continue partagée, 2022).	Intervenant(s) assigné(s) au jeune et sa famille Collaborateurs : Jeunes/famille Partenaires impliqués	
4.2. Émettre et discuter des résultats avec l'utilisateur et ses parents, à la lumière des informations colligées			

4.3. convenir avec l'usager et ses parents de la poursuite, modification ou fin du plan			
4.4. Référer vers d'autres ressources, lorsque requis	- Accompagner, à différents niveaux (ex. : visiter les lieux avec eux, les encourager à ce qu'ils sollicitent les ressources par eux-mêmes, etc.), les familles vers des ressources de la collectivité selon leurs besoins. - Vérifier le vécu de la famille suite à une référence. - Encourager les familles à redonner en retour à la communauté (Formation continue partagée, 2022).		

5. Fin de l'épisode, recommandations, orientations			
Sous-étapes	Actions spécifiques au programme	Responsables	Outils
5.1. Reprendre les éléments identifiés à l'étape précédente, avec l'usager et ses parents	- Informer les partenaires impliqués de la fin de l'épisode, avec le consentement du jeune et sa famille.	Intervenant(s) assigné(s) au jeune et sa famille	
5.2. Faciliter la continuité des services dans le réseau, lorsque la situation de l'usager et ses parents le requiert	- Selon le cas, faciliter la trajectoire du jeune et sa famille vers d'autres ressources du réseau au sens large (ex. : organismes communautaires, établissements scolaires, garderies, services municipaux, services de la protection de la jeunesse, etc.) via l'implication de l'intervenant pivot ou toute autre personne significative.	Collaborateurs : Jeunes/famille Partenaires impliqués	
5.3. Informer l'usager et ses parents des modalités d'accès aux services, en cas de besoin	- Dans la mesure du possible, demeurer une personne ressource pour la famille dans le futur afin de les accompagner au besoin vers les services répondant à leurs besoins. Considérant l'importance de l'établissement d'un lien de confiance avec la clientèle vivant en contexte de négligence, rester une référence pour la famille permet de réduire la méfiance envers les services et facilite la transition vers les ressources appropriées.		

Conclusion

La négligence est une problématique multidimensionnelle qui requiert des interventions concertées entre divers professionnels et partenaires incluant les familles vivant dans ce contexte. Des actions individuelles chez le jeune et la famille de même qu'auprès de la communauté, de façon simultanée et intensive sont nécessaires pour favoriser la réponse aux besoins des jeunes à risque.

La mise sur pied du *Programme pour les jeunes et leur famille en contexte de négligence* encourage donc le développement d'une expertise clinique permettant ainsi de mieux desservir cette clientèle. Le programme intègre les bonnes pratiques issues des données probantes, mais tient également compte des orientations ministérielles en ce qui a trait au continuum de services offerts en jeunesse ainsi que du savoir expérientiel des intervenants et gestionnaires œuvrant au programme.

Dans une optique d'amélioration continue des services, ce programme fera l'objet d'une évaluation de son implantation et de ses effets à une période ultérieure.

Liste des annexes

Annexe A : Résumé du programme

Annexe B : Facteurs de risque à la négligence

Annexe C : Facteurs de protection à la négligence

Annexe D : Facteurs confondants

Annexe E : Données probantes sur les interventions

Annexe F : Concepts-clé de l'approche de proximité

Références

- Agrément Canada. (2018). *Manuel d'évaluation—Jeunesse*.
- Assemblée nationale. (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.
- Bernard, P.-M., & Lapointe, C. (1987). Biais dans les mesures d'association RR et RC. In *Mesures statistiques en épidémiologie*. Presses de l'université du Québec.
- Bérubé, A., Lafantaisie, V., Coutu, S., Dubeau, D., Caron, J., Couvillon, L., & Giroux, M. (2015). Élaboration d'un outil écosystémique et participatif pour l'analyse des besoins des enfants en contexte de négligence : L'outil Place aux parents. *Revue de psychoéducation*, 44(1), 105. <https://doi.org/10.7202/1039273ar>
- Bérubé, A., Lafantaisie, V., Dubeau, D., Milot, T., Clément, M.-È., Dicaire, N., Pichette, V., & Lacharite, C. (2023). Rapport final : Portrait des programmes en négligence. *Université du Québec en Outaouais et Université du Québec à Trois-Rivières*.
- Bourassa, M.-A., Simard, P., Champagne, D., Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Québec), Direction de la santé publique, & CLSC-CHSLD les Eskers. (2003). *Implantation de l'approche milieu dans le secteur nord de la MRC d'Abitibi : Évaluation du projet pilote du CLSC-CHSLD Les Eskers*. Régie régionale de la santé et des services sociaux Abitibi-Témiscamingue, Direction de la santé publique : CLSC Les Eskers.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/46931>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brousseau, M. (2012). Interventions et programmes en contexte de négligence : Évolution et défis de l'intervention auprès des familles. *Enfances, Familles, Générations*, 16, 95.
<https://doi.org/10.7202/1012803ar>
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., & Museux, A.-C. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux—Guide explicatif. *Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)*.

- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2019). Guide explicatif du processus clinique jeunesse (GUI-10161). *Gouvernement du Québec*.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2021a). Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers (REG-10173). *Gouvernement du Québec*.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2023). Cadre de référence sur l'encadrement professionnel (CDR-10350). *Gouvernement du Québec*.
<https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/cadre-de-reference-sur-encadrement-professionnel/telechargement/->
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2021b). *Ma pratique professionnelle : Conseil multidisciplinaire*. <https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/page/mon-espace-clinique/ma-pratique-professionnelle-conseil-multi-2021-08-27>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, & Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. (2022). *Trajectoire—Référence de la direction protection de la jeunesse vers les services jeunesse et adulte du CISSSMO-CISSSMC*. 11.
- Centre Jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (2006). *Programme L'effet papillon : Programme intersectoriel en négligence*.
- Charlow, A. (2001). Race, Poverty, and Neglect. *William Mitchell Law Review*, 28, 29.
- Child Welfare Information Gateway. (2015). *Understanding the Effects of Maltreatment on Brain Development*.
<https://www.childwelfare.gov>
- Child Welfare Information Gateway. (2004). *Risk and Protective Factors for Child Abuse and Neglect*. <http://childwelfare.gov/preventing/programs/whatworks/riskprotectivefactors.cfm>;
- Collectif petite enfance. (2020). *Zoom sur Le travail de proximité*. Agir Tôt: Espace de partage pour l'action concertée en petite enfance. <https://agirtot.org/thematiques/travail-de-proximite-1-de-3/>
- Comité d'action Locale de Brome-Missisquoi. (2016). *Approche de proximité : 10 éléments clé*.
https://agirtot.org/media/488620/evaluation-tp-bm_10elementscllesfinal.pdf
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse—Allocution de Carl Lacharité*. (2020).

- Connell-Carrick, K. (2003). A Critical Review of the Empirical Literature : Identifying Correlates of Child Neglect. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(5), 37.
- Corcoran, J., & Nichols-Casebolt, A. (2004). Risk and Resilience Ecological Framework for Assessment and Goal Formulation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(3), 211-235.
<https://doi.org/10.1023/B:CASW.0000028453.79719.65>
- Cortin, V., Laplante, L., Dionne, M., Filiatrault, F., Laliberté, C., Lessard, P., Savard, M., Désilets, J., & Pouliot, B. (2017). La gestion des risques en santé publique au Québec : Cadre de référence. *Institut national de santé publique*. <https://ezproxy.kpu.ca:2443/login?url=http://www.deslibris.ca/ID/10094964>
- Côté, C., & Le Blanc, A. (2016). *Pratique intégrant la notion de trauma : Trousse de soutien auprès des enfants 0-11 ans*. CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal : Centre d'expertise sur la maltraitance.
- Dagenais, F., Hélie, S., & Clément, M.-È. (2018). *Violence et maltraitance; Les tout-petits de la Montérégie sont-ils à l'abri?* (p. 40). Observatoire des tout-petits.
- DePanfilis, D. (2002). *Helping Families Prevent Neglect : Final Report*.
- DePanfilis, D., Newman, J., Taylor, L. R., Shuman, M., Strohl, J., Denniston, J., Dubowitz, H., Gaudin, J. M., Pinto, K., & Slappey, S. (2006). *Child Neglect : A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect.
<http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e624592007-001>
- Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux. (2010). *La négligence; Faites lui face*. Association des centres jeunesse du Québec.
- Directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux. (2022). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2022*.
https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2022/06/bilan2022final_numerique.pdf
- Donohue, B. (2004). Coexisting Child Neglect and Drug Abuse in Young Mothers : Specific Recommendations for Treatment Based on a Review of the Outcome Literature. *Behavior Modification*, 28(2), 206-233.
<https://doi.org/10.1177/0145445503259486>
- Dubowitz, H., & Black, M. M. (2002). Neglect of Children's Health. In *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2e éd., p. 269-292). <https://asp6new-alexanderstreet-com.proxy3.library.mcgill.ca/psyc/psyc.object.details.aspx?dorpid=1000605647>

- Dufour, S., & Chamberland, C. (2003). L'efficacité des interventions en protection de la jeunesse. Recension des écrits. *Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants*.
- Éditeur officiel du Québec. (2009). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*.
<https://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2009C28F.PDF>
- Équipe Surveillance, Direction de la Santé Publique, CISSS de la Montérégie-Centre. (2021). *Déterminants de la négligence et de la maltraitance*.
- Ethier, L. S., Couture, G., & Lacharité, C. (2004). Risk Factors Associated with the Chronicity of High Potential for Child Abuse and Neglect. *Journal of Family Violence*, 19(1), 13-24.
<https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000011579.18333.c9>
- Feidler, K., Mooney, K., Nakashian, M., Sanclimenti, J., Shuman, M., & Tacy, C. (2009). Protecting Children in Families Affected by Substance Use Disorders. *ICF International*, 114.
- Formation continue partagée. (2022). *Intervention en contexte de négligence*.
<https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=3650#section-1>
- Fortson, B. L., Klevens, J., Merrick, M. T., Gilbert, L. K., & Alexander, S. P. (2016). Preventing Child Abuse and Neglect : A Technical Package for Policy, Norm, and Programmatic Activities. *Division of Violence Prevention, National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention*, 52.
- Freisthler, B., Merritt, D. H., & LaScala, E. A. (2006). Understanding the Ecology of Child Maltreatment : A Review of the Literature and Directions for Future Research. *Child Maltreatment*, 11(3), 263-280.
<https://doi.org/10.1177/1077559506289524>
- Garbarino, J., & Sherman, D. (1980). High-Risk Neighborhoods and High-Risk Families : The Human Ecology of Child Maltreatment. *Child Development*, 51(1), 11.
- Gaudin, J. M. (1993). *Child Neglect : A Guide for Intervention*. U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families.
- Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., & Shilton, P. (1993). Loneliness, depression, stress, and social supports in neglectful families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), 597-605.
<https://doi.org/10.1037/h0079475>

- Goldman, J., Salus, M. K., Wolcott, D., Kennedy, K. Y., DePanfilis, D., Cage, R., Holder, W., & McLeod, S. (2003). *A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice* [jeu de données]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e624622007-001>
- Gouvernement du Québec. (2021). Code des professions (C-26). *Publications Québec - Légis Québec*.
- Gouvernement du Québec. (2019). *Améliorer la qualité des services : Notre préoccupation ! Le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux, un recours indépendant et confidentiel*. [https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/le-regime-examen-des-plainte/telechargement/-](https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/le-regime-examen-des-plainte/telechargement/)
- Gouvernement du Québec. (2022). *Comment faire un signalement au DPJ*. Site officiel du gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/protection-de-la-jeunesse/faire-un-signallement-au-dpj/comment-faire-un-signallement>
- Guay, J., Chabot, D., Belley, C., & Dulude, D. (2000). *Principes et stratégies d'implantation de l'approche-milieu*. Centre de réadaptation Normand Laramée Centre Jeunesse de Laval.
- Guay, M.-C., & Deslauriers, J.-M. (2013). Prévention précoce et intervention sociale : Quand soutien et contrôle social auprès des familles se côtoient. *Service social*, 59(2), 31. <https://doi.org/10.7202/1019108ar>
- Guo, H. J., & Sapra, A. (2020). *Instrumental Activity of Daily Living (IADL)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553126/>
- Houle, N., Laurier, J., Bernard, C., Vallée, J.-S., Jacob, M., & Morin, S. (2008). *Faire un signalement au DPJ, c'est déjà protéger un enfant : Quand et comment signaler?* Ministère de la Santé et des Services sociaux; Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
- Howes, C., & Espinosa, M. P. (1985). The consequences of child abuse for the formation of relationships with peers. *Child Abuse & Neglect*, 9(3), 397-404. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(85\)90038-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(85)90038-9)
- Jancarik, A.-S., Bordeleau, L., de Brouwer, C., Harrisson, C., & Ricard, N. (2012). *Je tisse des liens gagnants : Guide d'implantation d'un programme d'intervention en négligence en Montérégie*.
- Kerker, B. D., & Dore, M. M. (2006). Mental health needs and treatment of foster youth : Barriers and opportunities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 138-147. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.138>
- Kubokawa, A., & Ottaway, A. (2009). *Positive Psychology and Cultural Sensitivity : A Review of the Literature*. 1, 10.

- Lacharité, C. (2014). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : PAPFC2 Guide de programme*. (Éd. Rév.). CEIDF/UQTR.
- Lacharité, C. (2019). Interventions en matière de négligence envers les enfants. In *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (2e éd.). CEC.
- Lacharité, C. (2013a). *La négligence envers les enfants : Besoins des enfants, responsabilités parentales et actions sociales*. http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_la_n%C3%A9gligence.aspx
- Lacharité, C. (2013b). *La négligence envers les enfants : Besoins des enfants, responsabilités parentales et actions sociales*. http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_la_n%C3%A9gligence.aspx
- Lacharité, C., Éthier, L., & Couture, G. (1996). The influence of partners on parental stress of neglectful mothers. *Child Abuse Review*, 5, 16.
- Lacharité, C., Éthier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, Numéro 484(4), 381. <https://doi.org/10.3917/bupsy.484.0381>
- Lacharité, C., & Lafantaisie, V. (2016). Le rôle de la fonction réflexive dans l'intervention auprès de parents en contexte de négligence envers l'enfant. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 159. <https://doi.org/10.7202/1040165ar>
- Lafantaisie, V., Clément, M.-È., & Coutu, S. (2013). L'isolement social des familles en situation de négligence : Ce qu'en pensent les mères. *Revue de psychoéducation*, 42(2), 22.
- LeBrun, A., Hassan, G., Boivin, M., Fraser, S.-L., Dufour, S., & Lavergne, C. (2015). Review of child maltreatment in immigrant and refugee families. *Canadian Journal of Public Health*, 106(S7), eS45-eS56. <https://doi.org/10.17269/CJPH.106.4838>
- Lebrun, A., Noël, V., Montminy, K., Avila, R., & Légaré, C. (2011). *Rapport sur la mise en oeuvre de la Loi sur la protection de la jeunesse (Article 156.1 de la LPJ)*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse - Québec.
- Loi sur la protection de la jeunesse, Pub. L. No. P-34.1, RLRQ 86 (2022). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/P-34.1.pdf>
- Letarte, M.-J., & Pauzé, R. (2018). L'approche bioécologique du développement humain. In *Approche systémique appliquée à la psychoéducation : L'adaptation des individus dans leur environnement* (Béliveau Éditeur, p. 24).

- Li, F., Godinet, M. T., & Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children at risk of maltreatment : Follow up to early school years. *Children and Youth Services Review*, 33(1), 139-148.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.08.026>
- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., & Lee, L.-C. (2011). Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1638-1647.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.018>
- Marroun, I., Quevaulliers, J., Sené, T., & Fingerhut, A. (2018). M. In *Nouveau Dictionnaire Médical* (p. 518-571). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74357-3.50021-4>
- Mayer, M. (2007). La pauvreté comme facteur de risque de négligence. *Revue de psychoéducation*, 36(2), 10.
- Mayer, M., Lavergne, C., Tourigny, M., & Wright, J. (2007). Characteristics Differentiating Neglected Children from Other Reported Children. *Journal of Family Violence*, 22(8), 721-732.
<https://doi.org/10.1007/s10896-007-9120-0>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille : Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022. *Gouvernement du Québec*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001955/#:~:text=Elles%20s'inscrivent%20en%20coh%C3%A9rence,jeunes%20en%20difficult%C3%A9%20et%20de>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3452391>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). Cadre de référence—Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. *Gouvernement du Québec*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>
- Morin, P., Allaire, J.-F., Bossé, P.-L., Beauregard, M.-F., Miller, E., Champagne, M., Robert, M., Cledon, R., Côté, A., Guilbeaut, J., & Phaneuf, G. (2015). Intervention de proximité en CSSS; une pratique de pointe du CSSS-IUGS. *Centre affilié universitaire du CSSS-IUGS*, 48.
- Morin, P., Benoît, M., Dallaire, N., Doré, C., & LeBlanc, J. (2013). *L'intervention de quartier à Sherbrooke, ou quand le CLSC s'installe à la porte d'à côté*. <http://id.erudit.org/iderudit/1024982ar>

- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G.-J. J. M., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect : A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, 198-210.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Pauzé, R., Lamonde, G., Petitpas, J., Groleau, H., & Langlois, P. (2016). *Carte conceptuelle sur le négligence des parents à l'égard des enfants* (p. 9).
- Pelton, L. H. (1994). The Role of Material Factors in Child Abuse and Neglect. In *Protecting children from abuse and neglect : Foundations for a new national strategy*. Guilford Press.
- Perrault, I., & Beaudoin, G. (2008). *La négligence envers les enfants : Bilan des connaissances*.
- Plouffe, C., Latour, K., & Centre jeunesse de la Montérégie. (2010). *Ensemble pour les familles : Programme d'intervention en négligence*. Centre jeunesse de la Montérégie.
- Pluymaekers, J. (2002). L'approche systémique, son originalité et sa méthode dans le travail psychosocial. *Les Cahiers de l'Actif*, 308/309, 8.
- Poissant, J., Institut national de santé publique du Québec, & DDIC. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : État des connaissances*. Institut national de santé publique du Québec.
- Potvin, L., Deschamps, R., & Masse, Y. (2016). *Entente de partenariat relative au continuum de services pour les jeunes en difficulté de la Montérégie*.
- Programme Je tisse des liens gagnants. (2016). *Analyse participative*.
- Putnam-Hornstein, E., & Needell, B. (2011). Predictors of child protective service contact between birth and age five : An examination of California's 2002 birth cohort. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1337-1344. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.006>
- Qu'est-ce que la collaboration intersectorielle ? (s. d.). Maillage. Consulté 19 septembre 2023, à l'adresse <https://maillage.org/outils/collaboration-intersectorielle/>
- Richard, M.-C., Pelletier, A., Dessureault, M.-P., & Fournier, V. (2014). *Coup d'oeil sur la transmission intergénérationnelle de la maltraitance*.
http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_la_transmission_interg%C3%A9n%C3%A9rationnelle_de_la_maltraitance.aspx
- Schumacher, J. A., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2-3), 231-254. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00024-0](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00024-0)

- Simoneau, M.-È. (2022). Les signalements à la Direction de la protection de la jeunesse de la Montérégie. *Horizon Santé*. http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/surveillance-etat-sante/HorizonSante_Signalements_CJ.pdf
- Slack, K. S., Holl, J. L., McDaniel, M., Yoo, J., & Bolger, K. (2004). Understanding the Risks of Child Neglect : An Exploration of Poverty and Parenting Characteristics. *Child Maltreatment*, 9(4), 395-408. <https://doi.org/10.1177/1077559504269193>
- Spinetta, J. J. (1978). Parental Personality Factors in Child Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(6), 6.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment : A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2018). Appendix 1 Glossary. In *Evidence-Based Medicine E-Book : How to Practice and Teach EBM* (5^e éd.). Elsevier.
- Tremblay, D., Sirois, M.-C., Gadoury, S., & Desmarais, S. (2019). *L'application des mesures en protection de la jeunesse : Cadre de référence*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). Direction des services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3645178>
- Turney, D., & Taylor, J. (2014). Interventions in chronic and severe neglect : What works? *Child Abuse Review*, 23(4), 231-234. <https://doi.org/10.1002/car.2351>
- van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J., & Boekhout van Solinge, N. F. (2018). Identifying Effective Components of Child Maltreatment Interventions : A Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(2), 171-202. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0250-5>
- Williamson, J. M., Borduin, C. M., & Howe, B. A. (1991). The Ecology of Adolescent Maltreatment : A Multilevel Examination of Adolescent Physical Abuse, Sexual Abuse, and Neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 9.
- Young, S., Boucher, N., Cadieux, S., Fontaine, C., Gallo, S., & Girard, S. (2011). *Programme-cadre montréalais en négligence : La compréhension de la problématique de la négligence*. Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire.
- Zuravin, S. J. (1988). Fertility Patterns : Their Relationship to Child Physical Abuse and Child Neglect. *Journal of Marriage and the Family*, 50(4), 983. <https://doi.org/10.2307/352109>

Zuravin, S. J. (1989). The Ecology of Child Abuse and Neglect : Review of the Literature and Presentation of Data. *Violence and Victims*, 4(2), 101-120. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.4.2.101>

Processus d'élaboration initial		
Rédigé par	Geneviève Demers, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2024-01-09
Personnes consultées	Andréane Gélneau, organisatrice communautaire – Suroît, DPJASP	2024-01-04
	Chantal Nadeau, travailleuse sociale – Jardins-Roussillon, DPJASP	2024-01-04
	Isabelle Primeau, psychoéducatrice/coordonnatrice jeunesse – Suroît, DPJASP	2024-01-04
	Julie Globensky, chef de programme Services sociaux spécifiques pour les jeunes en difficulté et leur famille CAFE et mécanismes d'accès, DPJASP	2024-01-04
	Patrick Bégin, adjoint à la directrice, DPJASP	2024-01-04
	Annie Collin, agente administrative, DSMREU	2024-01-10

Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Conseil multidisciplinaire	2023-08-18

Historique du document		
Approuvé par	Comité exécutif élargi DPJASP	2024-06-17

ANNEXE A

Résumé du programme

	Programme pour les jeunes et leur famille vivant en contexte de négligence				
Clientèle cible	Jeunes de 0 à 17 ans, leurs parents ainsi que leur famille, qui présentent des facteurs de risque et de faibles facteurs de protection à la négligence.				
But	Prévenir et intervenir selon le continuum de vulnérabilité à la négligence afin d'améliorer les déterminants de la santé, les conditions de vie et de l'intégration sociale des jeunes et leur famille vivant dans ce contexte.				
Objectifs spécifiques	Favoriser de façon optimale le développement du jeune sur les plans: - Santé physique (développement global) - Émotionnel/affectif/relationnel (Lien d'attachement sécurisant, maturité affective) - Cognitif/langagier (occasions de stimulation cognitive) - Social/éducatif (occasions d'apprentissage et socialisation)				
	Favoriser le bien-être physique et mental du parent lui permettant d'adopter des pratiques parentales favorables au développement du jeune.				
	Favoriser le fonctionnement, le mieux-être et le réseau social des membres de la famille.				
	Favoriser l'intégration sociale des familles au sein de la collectivité.				
	Augmenter la sollicitation des ressources par les familles lorsque des besoins émergent.				
Théorie	Modèle écosystémique			Approche participative	
	Approche de proximité				
	Moyens	- Offrir des interventions proactives et novatrices ciblant plusieurs systèmes du jeune. - Privilégier la collaboration interprofessionnelle et le partage de responsabilités du mieux-être du jeune. - Développer une alliance thérapeutique avec les jeunes et leurs familles. - Faciliter l'accessibilité du bon service au bon moment. - Tendre vers la création d'équipes d'intervenants dédiés à l'intervention en contexte de négligence.			
Processus d'intervention	Accueil au programme	Évaluation et analyse	Élaboration du plan et mise en œuvre des interventions	Révision du plan et mesure des résultats	Fin de l'épisode, recommandations, orientations
Modalités d'intervention	Combinaison d'interventions interdisciplinaires dans le milieu naturel des jeunes et leur famille:			- Individuelles - Familiales - De groupe - Soutien entre pairs	

ANNEXE B

Facteurs de risque à la négligence

Ontosystème	Microsystèmes		Exosystème	Macrosystème
	Famille	École	• Quartiers défavorisés (DePanfilis, 2002; Freisthler et al., 2006; Zuravin, 1989), avec un haut taux de criminalité (Pelton, 1994) • Présence importante de stressseurs environnementaux (Taux de chômage élevé, transport en commun manquant, soins médicaux et services sociaux déficients, etc.) (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; Pelton, 1994; Zuravin, 1989) • Accessibilité à la consommation d'alcool (Freisthler et al., 2006) • Taux élevé de résidents sans DES (Freisthler et al., 2006) • Taux élevé de logements vacants (Freisthler et al., 2006) • Taux élevé de familles monoparentales (Freisthler et al., 2006) • Soutien social insuffisant (Freisthler et al., 2006; Garbarino & Sherman, 1980) • Accès limité à des garderies abordables (DePanfilis et al., 2006) • Instabilité résidentielle du quartier (déménagements fréquents) (Freisthler et al., 2006)	• Croyances politiques ou religieuses qui encouragent l'isolement social, qui découragent les interventions auprès des familles (DePanfilis et al., 2006) • Croyance selon laquelle ce qui se produit dans les foyers doit rester privé (Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux, 2010) • Définitions légales de la négligence qui n'incluent pas l'aspect de chronicité (DePanfilis et al., 2006) • Mœurs selon lesquelles la négligence est socialement acceptable (DePanfilis et al., 2006)
	Parents	Maison		
• Compétences sociales déficientes (Howes & Espinosa, 1985) • Comportements intériorisés et extériorisés problématiques (DePanfilis et al., 2006) • Troubles physiques ou psychologiques (Mulder et al., 2018; Pelton, 1994) • Jeune âge (Connell-Carrick, 2003; Mayer et al., 2007) • Handicap/retard développemental (Connell-Carrick, 2003; Dubowitz & Black, 2002; Mayer et al., 2007) • Troubles d'apprentissage (Mayer et al., 2007) • Peu d'interactions avec le parent (Schumacher et al., 2001) • Poids insuffisant à la naissance (Putnam-Hornstein & Needell, 2011)	• Relations familiales difficiles (Lacharité et al., 1996; Pelton, 1994) • Famille nombreuse (Ethier et al., 2004; Mayer et al., 2007; Pelton, 1994; Zuravin, 1988) • Jeunes de pères différents (Zuravin, 1988) • Pauvreté (Charlow, 2001) • Soutien social limité (Gaudin et al., 1993; Mayer et al., 2007; Pelton, 1994) • Isolement social (Gaudin et al., 1993) • Sentiment de solitude Gaudin et al., 1993) • Violence domestique (Mayer et al., 2007)	• Cumul de facteurs de risque familiaux (Ethier et al., 2004; Mayer et al., 2007) • Monoparentalité (Connell-Carrick, 2003; Mayer et al., 2007) • Peu d'interactions (Schumacher et al., 2001) et de démonstration d'affection envers le jeune (Donohue, 2004) • Mauvaises relations des parents avec leurs propres parents (Spinetta, 1978)	• Ressources insuffisantes ou inadéquates (Pelton, 1994)	
Chronosystème				
• Parent a été victime de maltraitance durant l'enfance (Connell-Carrick, 2003; Mayer et al., 2007) • Difficultés du parent à maintenir un emploi (Donohue, 2004) • Environnement hostile durant l'enfance du parent (Gaudin, 1993) • Événements stressants au sein de la famille (Gaudin et al., 1993)				

ANNEXE C

Facteurs de protection à la négligence

Ontosystème	Microsystèmes		Mésosystème	Exosystème	Macrosystème
• Être en bonne santé (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; DePanfilis et al., 2006; Li et al., 2011) • Avoir un QI plus élevé que la moyenne (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; DePanfilis et al., 2006) • Bonne performance scolaire et capacités de résolution de problème (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004) • Représentation positive de soi (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; DePanfilis et al., 2006) • Tempérament facile (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; DePanfilis et al., 2006) • Habiletés sociales et affectives (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; DePanfilis et al., 2006; Li et al., 2011) • Avoir été allaité (Li et al., 2011) • Stratégies d'adaptation adéquates (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; DePanfilis et al., 2006) • Avoir des passe-temps (Child Welfare Information Gateway, 2004; DePanfilis et al., 2006) • Avoir le sens de l'humour (DePanfilis et al., 2006) • Attachement de style sécure (Child Welfare Information Gateway, 2004; DePanfilis et al., 2006)	Famille	École	• Implication des parents dans la scolarité des jeunes (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; DePanfilis et al., 2006) • Participation de la famille à des pratiques religieuses (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; Li et al., 2011)	• Accès à des soins de santé et services sociaux (Child Welfare Information Gateway, 2004) • Accès à des programmes matrimoniaux ou parentaux (Goldman et al., 2003) • Voisins qui offrent de la surveillance et de la structure aux jeunes (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004) • Classe moyenne à élevée (Child Welfare Information Gateway, 2004) • Accessibilité à des programmes communautaires pour les jeunes (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004)	• Présence de lois régissant l'assurance-emploi et le chômage, la protection de la jeunesse (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004) • Économie prospère (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004)
	• Biparentalité (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; Li et al., 2011) • Environnement familial stable, sécuritaire et structuré (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004) • Support social (Child Welfare Information Gateway, 2004; Li et al., 2011) • Cohésion et support émotif entre les membres de la famille (DePanfilis et al., 2006) • Loisirs, croyances, valeurs et habitudes semblables (DePanfilis et al., 2006) • Importance donnée à la culture et de la spiritualité (DePanfilis et al., 2006) • Implication de la figure paternelle (Connell-Carrick, 2003) • Bonne relation des parents avec leurs propres parents (Child Welfare Information Gateway, 2004; DePanfilis et al., 2006)	• Écoles sécuritaires et adéquates (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004) • Interactions positives avec les enseignants (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004)			
	Parents	Maison			
	• Conditions d'hébergement adéquates (Child Welfare Information Gateway, 2004)	• Présence de personnes ressources faisant office de figures d'attachement alternatives aux parents (Child Welfare Information Gateway, 2004; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004; DePanfilis et al., 2006)			
Chronosystème					
• Historique développemental normal (Child Welfare Information Gateway, 2004; DePanfilis et al., 2006)			• Réconciliation des parents avec leur propre historique de maltraitance (Child Welfare Information Gateway, 2004; DePanfilis et al., 2006)		

Programme pour les jeunes et leur famille vivant en contexte de négligence

D'abord, des facteurs de risque à la négligence ne sont pas nécessairement des facteurs causals. Cette problématique découle de l'interaction (Goldman et al., 2003), de l'accumulation de plusieurs facteurs de risque (MacKenzie et al., 2011), mais aussi de la pauvreté des facteurs de protection présents dans la vie des familles vivant dans ce contexte.

Ensuite, il est difficile d'établir le sens d'association entre un facteur de risque et la négligence. Par exemple, est-ce le comportement perturbateur du jeune qui déclenche des pratiques négligentes chez le parent ou l'inverse (Letarte & Pauzé, 2018)?

Certains facteurs de risque peuvent également biaiser l'interprétation en camouflant d'autres facteurs :

- Dépendance aux drogues ou à l'alcool : Ce facteur de risque affecte le jugement et les capacités décisionnelles qui sont aussi des facteurs de risque de négligence (Feidler et al., 2009);
- Statut d'immigrant : Ces personnes sont probablement davantage déclarées aux autorités pour négligence (Connell-Carrick, 2003). En réalité, des facteurs autres, tel le manque de ressources autant sociales que financières à leur arrivée, constituent le véritable risque à la négligence (LeBrun et al., 2015);
- Genre féminin : Dans notre société occidentale, la mère s'occupe généralement davantage des jeunes. Elle est donc surreprésentée dans les études par rapport aux pères (DePanfilis et al., 2006);
- Monoparentalité et faible niveau de scolarisation : Ces deux facteurs peuvent potentiellement masquer un autre facteur de risque majeur, soit un faible revenu pour la famille (Charlow, 2001; Mayer, 2007; Pelton, 1994).

Plusieurs facteurs de risque présentent aussi des résultats divergents selon les études. C'est le cas de l'âge (Stith et al., 2009) ainsi que du genre et de l'ethnicité (Connell-Carrick, 2003).

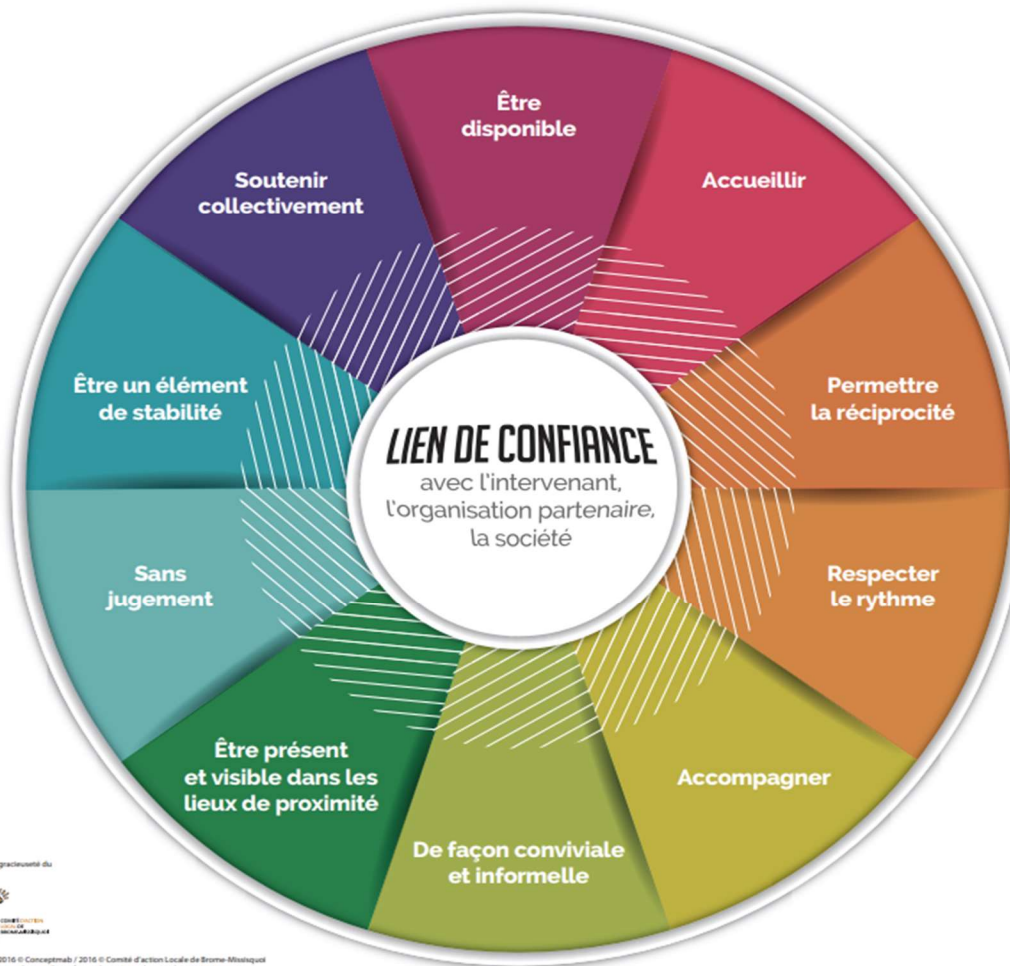
Finalement, à la lumière de ces aspects, il est essentiel pour l'intervenant de les prendre en considération lors de l'évaluation de situation de négligence; une interprétation hâtive de certains facteurs de risque pourrait en biaiser l'analyse (Letarte & Pauzé, 2018).

Les activités de promotion/prévention devraient :	
I.	Renforcer le soutien économique aux familles (Fortson et al., 2016; Mayer, 2007);
II.	Changer les normes sociales pour encourager l'application de pratiques parentales positives (Fortson et al., 2016);
III.	Fournir aux jeunes des soins et des occasions éducationnelles de qualité tôt dans la vie (Fortson et al., 2016);
IV.	Favoriser la confiance en soi des parents (van der Put et al., 2018) et améliorer les compétences parentales qui promeuvent le développement des jeunes (Fortson et al., 2016);
V.	Intervenir afin de réduire les méfaits et prévenir les risques futurs (Fortson et al., 2016);
VI.	Être de courte durée (≤ 6 mois) (van der Put et al., 2018);
VII.	Concevoir la négligence comme l'interaction et l'influence mutuelles entre les différents systèmes du jeune (Perrault & Beaudoin, 2008);
VIII.	Privilégier des interventions précoces auprès des familles et communautés à risque (Perrault & Beaudoin, 2008).
Les interventions individuelles auprès de la clientèle (jeune, parent et famille) devraient :	
I.	Prioriser l'établissement d'une alliance thérapeutique solide, basée sur la confiance, le non-jugement et l'empathie (Lacharité, 2013b) entre autres, en évitant les multiples changements d'intervenants (Perrault & Beaudoin, 2008), et ce, tout au long de l'intervention (<i>Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse - Allocution de Carl Lacharité, 2020</i>);
II.	Cibler le jeune (et non seulement le parent) ainsi que les autres systèmes l'entourant (incluant les figures paternelles) (Brousseau, 2012; Lacharité, 2019; Lacharité et al., 2006; Poissant et al., 2014);
III.	Prendre en considération l'âge développemental du jeune (DePanfilis et al., 2006);
IV.	Adresser les besoins identifiés par la famille en priorité et compléter avec ceux identifiés par les autres acteurs (Lacharité, 2019; Poissant et al., 2014);
V.	Encourager la participation des membres de la famille à l'analyse de leurs besoins (Brousseau, 2012; Lacharité, 2019);
VI.	Considérer les caractéristiques propres à la situation de négligence vécue par la famille (ex. : type de négligence, caractère chronique ou circonstanciel, culture familiale, etc.) (Brousseau, 2012; Poissant et al., 2014);
VII.	Offrir du support émotionnel et social aux parents en plus de viser l'amélioration des pratiques parentales (van der Put et al., 2018);
VIII.	Impliquer plusieurs intervenants, secteurs et établissements (élaboration de PSI) selon le cas, afin que ceux-ci travaillent de façon concertée avec le jeune et sa famille à l'atteinte d'objectifs communs (Lacharité, 2019);
IX.	Inclure des soins et services dans la communauté et/ou en milieu naturel afin de favoriser leur accessibilité (DePanfilis et al., 2006);
X.	Adresser simultanément la réduction des facteurs de risque et la potentialisation des facteurs de protection associés à la négligence (DePanfilis et al., 2006; Poissant et al., 2014; Turney & Taylor, 2014; van der Put et al., 2018);
XI.	Prôner des interventions flexibles, intensives et de longue durée en raison du processus de réhabilitation souvent long et complexe (Brousseau, 2012; Poissant et al., 2014);
XII.	Utiliser l'accompagnement des familles (faire pour/faire à la place de, faire avec, faire faire, laisser faire) dans la complétion d'activités instrumentales de la vie quotidienne comme levier d'intervention (Plouffe et al., 2010);

XIII.	Reconnaître les efforts effectués par la famille pour améliorer la situation et ce, malgré les défis du contexte de vie (Lacharité, 2019);
XIV.	Adopter une approche d'intervention culturellement sensible via le développement de compétences interculturelles, la pratique d'introspection, de même que l'acceptation et le respect des différences culturelles par les intervenants (DePanfilis et al., 2006; Perrault & Beaudoin, 2008);
XV.	Développer le savoir-être (croire en les parents, éviter le jugement, cultiver la tolérance/ouverture d'esprit, éviter de se positionner en expert) et le savoir-faire (respecter le rythme des parents, les amener à concevoir d'autres façons de faire, les accompagner dans la réalisation de leurs aspirations, élargir leur réseau social) (M.-C. Guay & Deslauriers, 2013) des intervenants;
XVI.	Viser à développer la fonction réflexive (Lacharité & Lafantaisie, 2016), de relai et d'orchestration des parents (Lacharité, 2014);
XVII.	Être effectuées par des intervenants dédiés à la négligence afin de développer une spécialité et expertise en matière d'intervention auprès des familles vivant dans ce contexte (Bérubé et al., 2023).
Les activités de groupe devraient :	
I.	Renforcer le réseau social, entre autres, via l'implication de paraprofessionnels (ex. : parent soutien) (Brousseau, 2012; Lacharité, 2019, 2013b);
II.	Encourager la discussion et le partage des connaissances sur la parentalité entre les parents vivant dans un contexte similaire (Jancarik et al., 2012);
III.	Aborder des sujets pouvant être connexes à la négligence comme la toxicomanie et les troubles de santé mentale (Brousseau, 2012).
Les actions auprès de la collectivité devraient :	
I.	Avoir pour objectif l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement direct dans lesquels vivent les familles (Lacharité, 2019, 2013b);
II.	Offrir des services à l'ensemble de la collectivité, mais selon un gradient d'intensité adapté aux besoins de chacun (Poissant et al., 2014; van der Put et al., 2018);
III.	Favoriser l' <i>empowerment</i> des familles (DePanfilis et al., 2006);
IV.	Miser sur des activités innovantes et créatives qui encouragent l'intégration sociale et l'inclusion des citoyens (Lacharité et al., 2006; Morin et al., 2013);
V.	Promouvoir une approche intersectorielle et interprofessionnelle qui favorise le partenariat, la complémentarité et la cohérence entre les différents acteurs, dont la famille, vers un but commun (Poissant et al., 2014).

APPROCHE DE PROXIMITÉ : 10 ÉLÉMENTS CLÉS

Comment rejoindre, accueillir et accompagner les pères et les mères en situation de grande vulnérabilité?



Être disponible

- Répondre au besoin immédiatement et au moment opportun
- Être ici et maintenant
- Flexibilité au niveau de ses tâches : Prioriser l'accompagnement plutôt que les tâches administratives

Accueillir

- Écoute active : Importance du non verbal (position corporelle, regard, sourire, attitude chaleureuse, ton de voix, etc.)
- Lieux physiques accessibles. Sans rendez-vous. Importance du premier contact.
- Gestion de crise (intensité des besoins et des émotions)

Permettre la réciprocité

- Engagement mutuel : Je m'investis avec authenticité.
- Offrir des moyens à la personne de donner en retour (ex. bénévolat) pour lui redonner du pouvoir et l'aider à reconstruire son estime personnelle

Respecter le rythme

- Avoir des attentes réalistes en évitant de mettre la personne en situation d'échec
- Faire émerger la motivation intrinsèque de la personne, sans mettre de pression: Tu fais un pas, je fais un pas

Accompagner

- Créer des espaces sécurisants et réconfortants
- Développer des mécanismes de médiation culturelle
- Réduire l'isolement

De façon conviviale et informelle

- L'humour permet de dédramatiser
- Des mots simples et le moins d'écrit possible
- Souligner ce qu'on a en commun

Être présent et visible dans les lieux de proximité

- Aide au référencement fait de bouche à oreille
- Appartenance à la communauté
- Connaître l'environnement des personnes pour mieux saisir leur réalité

Sans jugement

- Accueillir le sentiment d'humiliation vécu par les personnes accompagnées
- Mes lunettes et ma perception face à la capacité de la personne à s'en sortir m'aident à refléter ses forces
- L'importance de s'allier à l'autre : Qu'allons-nous faire ensemble?

Être un élément de stabilité

- Création du lien de confiance possible grâce à la répétition de la réponse aux besoins

Soutenir collectivement

- Faire des ponts en transférant mon lien de confiance avec la personne à d'autres intervenants pour créer un filet de sécurité autour d'elle
- Valoriser les services des institutions avec lesquelles la création du lien de confiance peut être plus difficile

Ce document est une gracieuseté du



Tous droits réservés - 2016 © Conceptmab / 2016 © Comité d'action Locale de Brome-Mitiquet
Pour fin de consultation seulement. Toute forme de copie ou de reproduction est proscrite.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

