



Centre jeunesse
de la Montérégie

*L'expertise au service
de la jeunesse.*

> PROGRAMME D'INTERVENTION

EN NÉGLIGENCE

Ensemble pour les familles

*Le Centre jeunesse
de la Montérégie
a le mandat spécifique
d'intervenir quand
la sécurité du jeune
ou celle de la société*





Centre jeunesse
de la Montérégie

ENSEMBLE POUR LES FAMILLES

Programme d'intervention en négligence

Coordination du développement des programmes
Direction des services professionnels

**Adopté par le Comité de direction
le 8 juin 2010**

Des exemplaires de ce programme peuvent être obtenus en contactant :

Centre jeunesse de la Montérégie
Centre de documentation
600, rue Préfontaine
Longueuil (Québec) J4K 3V6

CITATION SUGGÉRÉE :

Centre jeunesse de la Montérégie. (2010). **Ensemble pour les familles : programme d'intervention en négligence**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.

Dépôt légal : 2^e trimestre 2010

Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et archives nationales du Canada, 2010

ISBN : 978-2-921695-20-6

La reproduction totale ou partielle du document est autorisée à la condition de mentionner la source.

Le masculin est utilisé dans ce document uniquement dans le but d'alléger le texte et désigne aussi bien le féminin.

N/Réf. : 082-060

*Ça prend tout un village
pour élever un enfant.*

Proverbe africain

Forum national sur la santé, 1997

Service du développement des programmes

Rédaction :

- ✦ *Caroline Plouffe, DSP, APPR, développement des programmes*
- ✦ *Katherine Latour, DSP, APPR, développement des programmes*

Sous la coordination :

- ✦ *Danielle Pelletier-Basque, DSP, coordonnatrice du développement des programmes*

Membres actuels du Comité de développement du programme en négligence 2009-2010 :

- ✦ *Carole Maher, DSJF, chef ressources Longueuil*
- ✦ *Christine De Schutter, DSJF, équipe enfance Châteauguay*
- ✦ *Colette Laliberté, Organisme L'Envol*
- ✦ *Dominic Fontaine, DSRI, unité Le Phare*
- ✦ *Guylaine Sarrazin, Organisme Le Virage*
- ✦ *Johanne Boyer, DSJF, équipe ressources ouest*
- ✦ *Josée Savoie, DSP, APPR, conseillère en développement professionnel*
- ✦ *Julie Blanchet, DSJF, équipe enfance St-Jean*
- ✦ *Julie Dery, DPJ, équipe E/O Longueuil*
- ✦ *Lucie Letendre, DSJF, équipe enfance Longueuil 2*
- ✦ *Valérie Morel, DSP, APPR, conseillère en développement professionnel*
- ✦ *Yolande Racine, DSJF, chef, équipe enfance Cowansville*

Membres qui ont participé au Comité de développement du programme en négligence antérieurement (2007-2008) :

- ✦ *Ginette St-Onge, DSJF, chef, équipe enfance Longueuil 1*
- ✦ *Jeanne d'Arc Roy, DSP, APPR, conseillère en développement professionnel*
- ✦ *Lucie Lemay, DSRI, unité L'Envol*
- ✦ *Marie-Thérèse Gendreau, DPJ, chef, équipe E/O St-Hubert*
- ✦ *Maurice Carrier, DPJ, chef, équipe E/O Longueuil*
- ✦ *Sandra Day, DPJ, équipe E/O Longueuil*

Collaboration particulière :

✦ *Lynne Lemay, Agente administrative*

Collaboration à la rédaction :

✦ *Gilles Dallaire et Russell Clark, SRSOR*

✦ *Guylaine Sarrazin, Centre de réadaptation en dépendance Le Virage*

✦ *Hélène Hudon, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle*

✦ *Nicolas Plante, chercheur à l'Institut Philippe-Pinel*

✦ *Sonia Albert, DPJ, réviseur*

Ce programme a fait l'objet de consultations auprès :

✦ *D'un focus group du Conseil multidisciplinaire du CJM*

✦ *Équipe des conseillers en développement professionnel du CJM*

✦ *Équipe de la coordination du développement des programmes*

✦ *Équipe santé mentale 2^e niveau*

✦ *Isabelle Duguay, du CSSS La Pommeraie*

✦ *Line Boyer, du CSSS Richelieu-Rouville*

✦ *Normand Ricard, conseiller CSSS*

✦ *Partenaires des CSSS*

Nous remercions :

✦ *Membres du comité interdirections*

qui ont généreusement accepté de lire et de commenter ce programme, en tout ou en partie.

Lexique

ACJQ :	Association des centres jeunesse du Québec
CDPV :	Comité décision projet de vie
CJM :	Centre jeunesse de la Montérégie
CJM-IU :	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
CJQ-IU :	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
CPV :	Comité projet de vie
CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS :	Centre de santé et des services sociaux
CWLA :	Child Welfare League of America
DI :	Déficience intellectuelle
DPJ :	Directeur de la protection de la jeunesse
DSJF :	Direction des services aux jeunes et à leur famille
DSM-IV :	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EAF :	Effets de l'alcoolisation foétale
EIQ :	Étude d'incidence québécoise
FA :	Famille d'accueil
FTS :	Fumée de tabac secondaire
ICBE :	Inventaire concernant le bien-être de l'enfant
LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse
MOI :	Modèle opérationnel interne
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAIN :	Programme d'aide intersectoriel en négligence
PI :	Plan d'intervention
PIC :	Processus d'intervention clinique
PSI :	Plan de services individualisé
QI :	Quotient intellectuel
SAF :	Syndrome de l'alcoolisme foetal
SRSOR :	Services de réadaptation du Sud-ouest et du Renfort
TNDRA :	Trouble neurodéveloppemental relié à l'alcool
TRA :	Trouble réactionnel de l'attachement
TSAF :	Trouble du spectre de l'alcoolisation foétale
UNESCO :	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

Table des matières

Introduction	1
CHAPITRE 1 : La problématique de la négligence	2
PARTIE 1 : NOTIONS THÉORIQUES PROPRES À LA NÉGLIGENCE	2
1.1 Le concept de négligence.....	2
1.1.1 Historique.....	2
1.1.2 Prévalence.....	3
1.1.3 Définitions	3
1.1.4 Les formes de négligence et les besoins fondamentaux des enfants.....	6
1.1.5 Les types de négligence.....	8
1.2 Bilan des connaissances.....	11
1.2.1 Les caractéristiques et besoins des parents	12
1.2.2 Les relations familiales.....	21
1.2.3 Les relations avec le milieu social	24
1.2.4 Les relations avec le réseau de services.....	27
1.2.5 Les caractéristiques et besoins spécifiques du jeune	27
PARTIE 2 : NOTIONS THÉORIQUES COMPLÉMENTAIRES	31
2.1 La théorie de l'attachement	31
2.2 Le développement du cerveau.....	37
2.3 Notions de traumatismes	40
PARTIE 3 : PROBLÉMATIQUES PARENTALES ASSOCIÉES À LA NÉGLIGENCE	43
3.1 Négligence et dépendances.....	43
3.2 Négligence et troubles de santé mentale	47
3.3 Négligence et déficience intellectuelle	49
3.4 Négligence et les autres situations visées par la LPJ.....	52

CHAPITRE 2 : Intervenir en négligence	57
CHAPITRE 3 : La clientèle du programme	61
CHAPITRE 4 : Objectifs du programme	63
CHAPITRE 5 : Le processus d'intervention clinique	65
5.1 Les principes cliniques	65
5.2 Les étapes du processus d'intervention clinique en négligence	66
5.2.1. La collecte de données	66
5.2.2. Analyse de la situation.....	72
5.2.3. La planification de l'intervention	74
5.2.4 La mise en œuvre et la révision du plan d'intervention.....	80
5.2.5 La fin de l'intervention	80
Conclusion	81
ANNEXE 1 : Les facteurs de risque propres à chacune des dimensions impliquées dans la dynamique de la négligence	82
ANNEXE 2 : Aspects à couvrir dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement en négligence ...	83
Références	85

Introduction

En 2001, le *PAIN : Programme d'aide intersectoriel en négligence* (Les Centres jeunesse de la Montérégie [CJM]) était élaboré.

L'expérience acquise à la suite de la mise en place de ce premier programme en négligence, les expériences cliniques vécues par les différents intervenants, les recherches, ainsi que les découvertes au plan du développement du cerveau, nous conduisent à produire ce programme deuxième génération.

La négligence est un phénomène complexe : elle touche à la fois des notions de développement physique, affectif, intellectuel, comportemental, familial et social, nécessitant d'en faire une analyse sérieuse et bien documentée. Il ne s'agit plus que de protéger les enfants d'un milieu négligent, mais bien d'évaluer leurs besoins développementaux et les ressources du milieu à y répondre. Au cours des dernières années, les cliniciens ont fait consensus sur la nécessité de travailler à partir de l'évaluation des besoins de l'enfant, à partir d'une approche écologique où l'ensemble de la famille est interpellé à partir de ses forces et de son potentiel de changement. La nécessité d'un travail concerté avec des partenaires n'est également plus à documenter.

Toutes les dernières approches d'intervention développées tant aux États-Unis, en Angleterre qu'au Québec, insistent sur la nécessité d'une évaluation rigoureuse des besoins et des forces des enfants¹ et de leur système familial, sur l'importance d'un travail de concertation avec les différents partenaires impliqués auprès de la famille et sur une compréhension commune de la problématique.

Comme tous les programmes cliniques élaborés au CJM, le *Programme d'intervention en négligence* reflète les préoccupations des gestionnaires, des intervenants, des familles d'accueil et des partenaires.

La première partie présente les principaux concepts nécessaires à la compréhension de la problématique. Nous y retrouvons également certaines notions théoriques complémentaires à la compréhension d'une partie de notre clientèle présentant des difficultés en comorbidité. Ces notions permettent d'entrevoir les activités cliniques à mettre en place pour favoriser le travail auprès des familles, tant pour les parents que pour les enfants.

La deuxième partie présente le cadre de l'intervention en négligence, la clientèle du programme ainsi que le processus d'intervention clinique.

Le *Programme d'intervention en négligence* a été élaboré dans un souci de concertation avec les différents partenaires des établissements et des organismes communautaires du territoire de la Montérégie. Cette orientation du système d'intervention qui œuvre auprès des familles négligentes s'inscrit d'ailleurs dans la volonté gouvernementale qui a confié aux CSSS le mandat d'organiser les services en négligence sur leur territoire, de concert avec les centres jeunesse, de manière à répondre aux besoins de leur clientèle respective.

¹ Le terme « enfant » sera utilisé tout au long du document. Pour les fins du présent document nous considérons qu'il inclut la période de l'enfance et de l'adolescence. Le terme « jeune » sera utilisé seulement dans le contexte où on fait référence à la terminologie utilisée à l'intérieur du *Processus d'intervention clinique* [PIC] (CJM, 2010a).

CHAPITRE 1 :

La problématique de la négligence

PARTIE 1 : NOTIONS THÉORIQUES PROPRES À LA NÉGLIGENCE

1.1 LE CONCEPT DE NÉGLIGENCE

1.1.1 Historique

Si la négligence à l'endroit des enfants est maintenant un phénomène largement reconnu dans les sociétés occidentales modernes, cette problématique a été identifiée plutôt tardivement en Amérique du Nord et au Québec.

Au Québec, une préoccupation plus marquée pour ce que vivaient les enfants s'est manifestée à partir du milieu du XIX^e siècle. Teinté par les valeurs et les façons de faire de l'époque, le regard porté sur ces parents en difficulté était plus punitif qu'aidant. Les pratiques et la législation étaient avant tout répressives, favorisant le placement institutionnel des enfants.

Dans les premières décennies du XX^e siècle, une perception plus ouverte des difficultés vécues par les familles a commencé à émerger. Un courant de pensée marginal propose de leur venir en aide dans leur milieu. Ces réflexions influencent le législateur et une première loi entre en vigueur en 1951², dans le but d'aider les enfants en difficulté. On vise alors essentiellement les enfants abandonnés, s'attardant aux comportements jugés « immoraux » de certains parents. Un nouveau type de ressource, les « foyers nourriciers », se développe graduellement pour accueillir ces enfants.

À partir des années 70, un fort courant social reconnaît la nécessité de protéger les enfants face à certaines réalités pouvant être vécues dans leur famille. Le législateur amorce des travaux visant à élaborer une loi sur la protection de la jeunesse. Dès le début des travaux surgit une préoccupation importante de la population face à l'abus physique, forçant l'introduction de cette notion dans la législation existante. Quelques années plus tard, la notion d'abus sexuel est aussi introduite. C'est avec l'entrée en vigueur de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ), en 1979, qu'il fut pour la première fois question de négligence dans la législation québécoise.

La problématique n'a toutefois pas véritablement retenu l'attention des chercheurs et des cliniciens avant le milieu des années 1980. En fait, la négligence a longtemps été confondue avec la pauvreté et même avec l'abus physique ou l'abus sexuel, alors qu'elle était perçue comme une simple facette de ces autres problématiques.

De même, dans la pratique, comparativement aux situations d'abus physique, l'intervention en négligence semblait moins apparente, plus difficile à définir, mais surtout elle ne produisait pas de résultats tangibles (Mayer-Renaud, 1990). Une phrase illustrant la tendance « *La négligence de la négligence* » était souvent reprise par les chercheurs.

² Loi relative aux Écoles de protection de la jeunesse.

Avec les années, l'importance et la complexité du phénomène se sont imposées. La problématique n'est plus négligée, suscitant beaucoup d'intérêt et de recherches. On comprend de mieux en mieux les diverses manifestations de la négligence, ses conséquences multiples et souvent sévères sur les enfants. Les recherches se poursuivent, permettant de développer des pratiques toujours plus adaptées et spécialisées.

1.1.2 Prévalence

Peu de temps après l'entrée en vigueur de la *Loi sur la protection de la jeunesse* en 1979, les statistiques ont démontré le nombre important d'enfants victimes de négligence dans leur famille.

La négligence est le principal motif d'intervention en centres jeunesse au Québec. En 2006-2007, 60% des évaluations complétées suite à un signalement à la LPJ au niveau provincial concluaient à une compromission liée à une situation de négligence (Association des centres jeunesse du Québec [ACJQ], 2007, p. 14), alors que 65% des jeunes suivis à l'application des mesures l'étaient pour ce motif (ACJQ, 2007, p. 16)³. Au Centre jeunesse de la Montérégie, 60% des jeunes suivis à l'application des mesures le sont suite à une situation de négligence (Centre jeunesse de la Montérégie, Centre jeunesse de l'Estrie, 2007).⁴ En ce qui concerne les services d'hébergement, au Centre jeunesse de la Montérégie, 60% des jeunes placés sont suivis pour une situation de négligence (Gaumont, 2009)⁵.

1.1.3 Définitions

Le Petit Larousse illustré (2007) définit la négligence comme :

« Un manque de soin, d'application, d'exactitude; laisser-aller. ».

Bien que cette définition réfère à des situations de négligence de toutes sortes, elle résume en peu de mots la notion de négligence à l'égard des enfants.

³ Avant les modifications apportées à la LPJ en 2007, les situations définies aux alinéas *b*, *c*, *d*, *e* et *f* de l'article 38 étaient qualifiées de négligence par les intervenants.

⁴ Données recueillies le 20 novembre 2006 avant les modifications apportées à la LPJ en 2007. Ce pourcentage tient compte des situations définies à l'alinéa *e* de l'article 38. En considérant l'alinéa *b* pour une situation menaçant le développement mental ou affectif de l'enfant (4%), qui peut être considéré comme de la négligence affective, de même que l'alinéa *d* pour une situation en lien avec des conditions matérielles non appropriées aux besoins de l'enfant (2%), qui peut être considéré comme de la négligence sur le plan physique, on peut conclure à un total de 66% des jeunes suivis pour une situation de négligence (Centre jeunesse de la Montérégie, Centre jeunesse de l'Estrie, 2007).

⁵ Données recueillies le 10 octobre 2008.

Plusieurs notions seront développées dans ce programme dans le but d'aider à développer la compréhension de cette problématique. Ces notions se retrouvent synthétisées dans la définition retenue de la négligence à l'égard des enfants pour l'application du *Programme d'intervention en négligence* :

La négligence est l'omission ou la difficulté chronique du parent à assurer la réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant aux plans physique, psychologique, affectif et social.

À noter que cette définition inclut l'omission à répondre à un, quelques-uns, ou l'ensemble des besoins fondamentaux de l'enfant.

Deux notions permettent de qualifier la négligence. La **forme** de la négligence précise à la fois la nature des gestes posés, tout autant que l'omission à donner des soins, alors que le **type** permet d'en qualifier l'intensité et la durée. La notion de type de négligence sera élaborée à la section 1.1.5.

Un consensus se dégage à présent au Québec pour identifier quatre formes de négligence (Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, 2004) :

- **Négligence physique** : défaut de répondre aux besoins essentiels sur les plans de l'alimentation, de l'habillement, de l'hygiène ou du logement.
- **Négligence des soins de santé** : défaut de procurer les soins essentiels à la santé physique ou mentale de l'enfant.
- **Négligence éducative** : défaut de répondre aux besoins essentiels de l'enfant en matière d'éducation, d'encadrement et de surveillance. Il peut aussi s'agir de permissivité face à l'absentéisme scolaire chronique, de ne pas inscrire l'enfant à l'école ou de ne pas s'assurer de sa scolarisation.
- **Négligence affective ou psychologique** : défaut de répondre aux besoins essentiels de l'enfant sur le plan affectif : indifférence affective, non-approbation, isolement.

Ces quatre formes de négligence font l'objet de l'application de la LPJ. Elles sont définies aux alinéas *b* et *c* de l'article 38.

Ainsi :

Deux alinéas de l'article 38 de la LPJ sont visés par l'application du Programme d'intervention en négligence :

- *la négligence (physique, de la santé, éducative);*
- *les mauvais traitements psychologiques suite à des actes d'omission.*

L'application de l'article 38*b* vise les trois premières formes de négligence mentionnées, soit la **négligence physique, des soins de santé et éducative** :

38b) négligence :

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux :

- i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;*
- ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;*
- iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation;*

L'alinéa *b* vise aussi les situations présentant un **risque sérieux** que ces formes de négligence se manifestent. Dans ces cas, il doit y avoir une forte probabilité que l'événement survienne et que la sécurité ou le développement de l'enfant en soit affecté⁶ :

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

La quatrième forme de négligence, soit la **négligence des besoins affectifs ou psychologiques**, représente une forme de mauvais traitements psychologiques, lesquels sont visés par l'article 38*c* :

38c) mauvais traitements psychologiques : lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;

⁶ Le *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse* (MSSS, 2008), présente la notion de risque sérieux. Celle-ci sera aussi précisée dans la jurisprudence.

Cet alinéa présente une liste non exhaustive des comportements pouvant être identifiés comme des mauvais traitements psychologiques. Le *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2008) les répartit en trois catégories :

- les actes commis (rejet, menaces, etc.);
- les actes omis (indifférence, manque de sensibilité, etc.);
- la violence indirecte (exposition à de la violence, aliénation parentale, etc.).

La notion de négligence des besoins affectifs ou psychologiques est donc une forme de **mauvais traitement psychologique par omission**, au sens de la LPJ. Afin de tenir compte de la réalité clinique, alors que ces quatre manifestations (négligence physique, des soins de santé, éducative et affective) sont très souvent liées, nous avons choisi de présenter la notion de mauvais traitements psychologiques par omission dans le *Programme d'intervention en négligence*.

Mentionnons que les **actes commis** et la **violence indirecte** sont présentés dans le cadre du *Programme d'intervention en violence familiale* (CJM, 2007b).

1.1.4 Les formes de négligence et les besoins fondamentaux des enfants

La négligence se définit à partir de la réponse assurée aux besoins fondamentaux des enfants. Depuis une cinquantaine d'années au Québec, cette notion a largement évolué, se précisant grâce aux avancées en matière de connaissances scientifiques, lesquelles ont aussi influencé les valeurs sociales.

De manière générale, trois questions servent à alimenter et guider cette réflexion (Lacharité, Éthier, Nolin, 2006) :

- *Qu'est-ce qui est nécessaire pour assurer le développement de l'enfant?*
- *Quel est le lien entre la satisfaction des besoins et le développement de l'enfant? En d'autres mots, est-ce que la non-satisfaction d'un besoin entraîne nécessairement une conséquence?*
- *Quelles sont les pratiques de soins et d'éducation qui favorisent la satisfaction de ces besoins?*

L'ensemble du contenu théorique présenté dans ce chapitre permettra de répondre à ces trois questions fondamentales.

Le tableau 1 présente une synthèse des besoins fondamentaux des enfants tels que reconnus par le cadre d'application de la LPJ (article 38), en les catégorisant selon les différentes formes de négligence auxquelles ils peuvent être associés.

Tableau 1

Formes de négligence et besoins fondamentaux de l'enfant

FORMES DE NÉGLIGENCE	LPJ	BESOINS DE L'ENFANT
Physique	Article 38 b de la LPJ	Alimentation : en quantité et en qualité permettant de grandir et de réaliser les activités quotidiennes propres à son groupe d'âge.
		Vêtements : en bon état et appropriés au climat.
		Hygiène personnelle : propreté corporelle et vestimentaire permettant de demeurer en santé et d'aider au maintien des contacts avec les pairs. Est également associée au développement de l'estime de soi.
		Hygiène du milieu de vie : permettant de ne pas être exposé à des maladies ou à des dangers pour sa santé.
		Milieu de vie sécuritaire et salubre, limitant l'accès à des substances ou objets dangereux, disposant des services essentiels (eau, chauffage, isolation, éclairage). La famille est assurée d'un lieu de résidence n'étant pas surpeuplé et muni d'un ameublement adéquat.
Santé physique ou mentale	Article 38 b de la LPJ	Soins de santé physique (liés à une maladie, un traumatisme ou un handicap) requis par son état : respect des prescriptions et autres recommandations et collaboration au suivi.
		Soins de santé mentale requis par son état : liés à une maladie mentale, un trouble psychique, un désordre émotionnel d'origine organique, affective ou situationnelle pouvant faire l'objet d'une intervention en psychiatrie, à un trouble émotif ou à une déficience intellectuelle.
Éducation	Article 38 b de la LPJ	Surveillance ou encadrement approprié à l'âge et à la condition de l'enfant : guidance parentale et présence d'un modèle d'identification positif, organisation du cadre de vie familial, vigilance et protection face aux situations de danger potentiel, attentes réalistes face à l'enfant, surveillance appropriée selon l'âge et les besoins, choix judicieux de gardien.
		Scolarisation offrant et favorisant un cheminement académique permettant d'acquérir les connaissances et de faire les apprentissages reconnus par les institutions scolaires.
		Stimulation permettant de faire les apprentissages liés au développement : langage, motricité, socialisation, cognitions.
Affective⁷	Article 38 c de la LPJ	Interactions positives avec les figures parentales : développement de liens d'attachement, expression appropriée d'affection, d'encouragement, d'approbation, de reconnaissance, de valorisation, permettant d'assurer le bien-être et le développement cognitif, affectif et social de l'enfant.
		Contacts sociaux minimaux, selon son âge et sa condition.
		Milieu exempt de conflits pouvant créer des perturbations psychologiques importantes.

Source : Élaboré à partir du document de travail *Définition des termes et concepts utilisés dans la ventilation de la table des valeurs des articles 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse* (MSSS, 2007).

⁷ Selon Mayer-Renaud (1990), ce type de négligence serait la plus répandue. Les résultats de cette recherche rapportent une proportion de 60% de tous les cas d'enfants négligés pris en charge par le Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.

La question des besoins fondamentaux des enfants représente un des fondements de la LPJ. Lorsqu'un enfant n'obtient pas de réponses à ses besoins fondamentaux, soit être nourri, logé, vêtu, aimé, protégé, éduqué ou surveillé⁸, sa sécurité ou son développement est compromis en lien avec une situation de négligence et la LPJ s'applique (MSSS, 2008). Au plan clinique, les auteurs parlent davantage des besoins développementaux, c'est-à-dire des besoins nécessaires au développement optimal de l'enfant. Nous considérons que les besoins développementaux et les besoins fondamentaux sont des appellations synonymes.

1.1.5 Les types de négligence

Les travaux de Gaudin (1993b) ont permis d'identifier deux types de négligence à partir d'indices liés à l'intensité et à la durée de la situation : la négligence peut être circonstancielle (transitoire) ou chronique. Au Québec, Éthier, Biron, Pinard, Gagnier et Desaulniers (1998) et Pinard (2005) ont complété ces données et décrit chacun des deux types de négligence, selon leurs caractéristiques respectives.

LA NÉGLIGENCE CIRCONSTANCIELLE

La négligence circonstancielle, parfois aussi nommée transitoire, survient en général suite à un incident ponctuel venu bouleverser l'équilibre familial. Il peut s'agir d'un divorce, de la maladie d'un parent, d'une dépression, d'une perte d'emploi, ou d'un incident de violence conjugale. Cette crise est récente et elle perturbe l'équilibre familial, au point où les parents éprouvent de la difficulté à répondre aux besoins des enfants. Le caractère transitoire de la situation ne traduit pas nécessairement la gravité de la problématique.

De manière générale, ces familles tirent profit rapidement de l'aide qui leur est apportée. Les parents possèdent les ressources personnelles leur permettant d'améliorer leurs conditions et d'assurer la réponse aux besoins de leurs enfants à court ou à moyen terme. La négligence survient dans un contexte où les stratégies ou ressources normalement utilisées pour faire face aux difficultés n'ont pas fonctionné.

Dans les faits, les intervenants de la protection de la jeunesse sont peu confrontés à la négligence circonstancielle. Ce type de situation fait plus souvent l'objet d'une intervention de la part des centres de santé et des services sociaux (CSSS). Toutefois, dans certains cas où la négligence circonstancielle se présente de façon intense, l'intervention de la protection de la jeunesse peut être nécessaire pour assurer la protection des enfants (par exemple une mère ayant un épisode dépressif sévère suite au décès de son conjoint et qui n'est plus disponible pour répondre à l'ensemble des besoins de ses enfants).

LA NÉGLIGENCE CHRONIQUE

Ce type de négligence persiste depuis plusieurs années, voire depuis plus d'une génération. La négligence chronique se précise à partir de facteurs multiples, de sorte qu'il est difficile d'en identifier une seule source. **C'est le type de négligence le plus préoccupant et celui qui est le plus souvent rencontré chez les familles suivies en centres jeunesse.** Dans les

⁸ Les conventions internationales, les chartes, le Code civil du Québec et certaines autres lois québécoises reconnaissent aussi l'existence de ces besoins.

cas où les individus concernés sont d'accord pour recevoir de l'aide, qu'ils reconnaissent la situation problématique et que la sécurité et le développement des enfants ne sont pas compromis, les centres de santé et des services sociaux (CSSS) sont interpellés pour assumer le suivi de la famille aux prises avec une problématique de négligence chronique. Toutefois, lorsque les difficultés de la famille perdurent dans le temps, une intervention dans le cadre de la LPJ peut s'avérer nécessaire dans le contexte où des impacts sont perçus au niveau de la sécurité et le développement de l'enfant (ex. : une famille collaborant bien avec leur intervenante du CLSC pour travailler une problématique de négligence présente depuis plusieurs années, où un des enfants en vient à développer un retard au niveau du langage, et après deux ans de suivi les objectifs d'intervention demeurent les mêmes et leur évolution n'est que partielle).

La négligence chronique est souvent associée à la pauvreté, voire à la misère sociale, de même qu'à diverses autres problématiques (dépendances⁹, problèmes de santé mentale, déficience intellectuelle, violence, abus physiques ou abus sexuels). Son traitement est plus complexe puisque l'intervention doit viser l'ensemble des facteurs contribuant au maintien de la situation, être intensive, et impliquer plusieurs établissements ou organismes travaillant en collaboration et visant les mêmes objectifs de traitement.

La nécessité d'une compréhension commune de la problématique garantit la cohérence de l'intervention et un continuum des services.

⁹ La dépendance est une perte de contrôle au niveau de la consommation de substances psychoactives ou des habitudes de jeux. Les substances psychoactives comprennent l'alcool, les drogues et les médicaments. Elles ont un effet sur le système nerveux central en modifiant l'humeur, les perceptions, les sensations, les attitudes et les comportements, en plus d'altérer la mémoire et les fonctions cognitives.

Le tableau 2 présente les profils parentaux de chacun des deux types de négligence.

Tableau 2

Profils parentaux et types de négligence

	Négligence circonstancielle	Négligence chronique
Antécédents	<ul style="list-style-type: none"> Bonnes capacités cognitives. Ont bénéficié d'au moins une relation d'attachement stable dans leur enfance. Reconnaissent leurs difficultés et ont la capacité d'exprimer des émotions par rapport à leur famille d'origine. Manifestent un engagement au plan affectif face à leur enfant. Ont au moins une expérience de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> Faibles capacités intellectuelles. Histoire d'attachement se caractérisant par des ruptures ou des pertes (instabilité dans la présence de la figure d'attachement, placements, deuils). Ont subi différentes formes de mauvais traitements durant leur enfance. Présence de difficultés importantes dans leur engagement affectif avec leur enfant. Vivent en situation de pauvreté chronique et n'ont jamais travaillé. Faible niveau de scolarité. Histoire d'interventions passées : les problèmes persistent malgré l'aide apportée; réactions face à l'aide apportée.
Conditions de vie actuelles	<ul style="list-style-type: none"> Bonne motivation à recevoir de l'aide et espoir d'améliorer leurs conditions de vie. Les parents bénéficient du support d'un réseau (ami, famille) vers lequel ils ont la capacité de se tourner lorsque nécessaire. Les parents peuvent manifester des indices de dépression, mais ces indices diminuent avec l'aide apportée. Pas de violence entre les conjoints ou rupture avec le conjoint violent. Relation conjugale plutôt stable. 	<ul style="list-style-type: none"> Les parents présentent des problèmes autres, tels des problèmes de santé mentale ou de dépendances. Plusieurs sources de stress affectant les membres de la famille (au-dessus du 90^e centile de la population québécoise). Persistance de différentes formes de violence entre les conjoints. Nombreuses ruptures : avec les conjoints ou avec l'entourage. La famille vit en situation d'isolement social. La famille déménage fréquemment. Les parents se reconnaissent peu de difficultés. Pauvreté extrême – misère. Les membres de la famille n'ont pas l'espoir d'améliorer leurs conditions matérielles. Incidence de criminalité chez la figure paternelle (père ou conjoint).

Source : Pinard, 2005; Éthier et al. 1998.

Comme nous pouvons le constater, en comparant le profil de ces deux types de négligence, les familles aux prises avec une situation de négligence chronique ont des caractéristiques beaucoup plus complexes, ayant un caractère multi problématiques, que celles présentant de la négligence circonstancielle. Dans ce document, il sera principalement question de la négligence chronique puisque les caractéristiques spécifiques de ce type de problématique définissent la majorité de la clientèle du CJM concernée par ce programme.

À noter que les caractéristiques propres à ces profils parentaux représentent des éléments qui ressortent dans les données de recherches. Il s'agit donc de caractéristiques générales qui ne s'appliquent pas nécessairement à tous les cas.

1.2 BILAN DES CONNAISSANCES

Le modèle d'analyse de base au Centre jeunesse de la Montérégie s'appuie sur la théorie systémique¹⁰, c'est-à-dire sur l'analyse des différents systèmes en jeu dans une situation donnée. Ce cadre théorique permet de comprendre l'influence des facteurs contribuant à l'apparition et au maintien de la négligence, d'analyser les liens existant entre chacune des dimensions à considérer, d'évaluer leur influence réciproque tout en tenant compte de l'ensemble de la situation. Ce cadre théorique s'harmonise très bien avec les principes généraux d'autres programmes en négligence s'appuyant sur un modèle écosystémique, c'est-à-dire sur l'étude des réseaux autour du système familial. Notre évaluation de la situation d'une famille inclut la notion des systèmes environnants.

L'analyse de la collecte des données permet notamment de nous éclairer sur le fonctionnement de la famille en regard de la clarté des rôles, des règles de fonctionnement, des frontières, des mythes et des secrets présents, sur la qualité de la communication entre les membres de la famille et sur la présence et l'utilisation ou non des ressources du milieu.

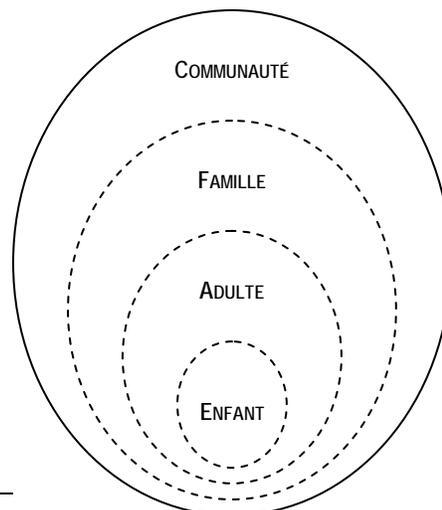
La section qui suit présente les principales caractéristiques de chacune des cinq dimensions à considérer en négligence :

- Les caractéristiques et besoins des parents.
- Les relations familiales.
- Les relations avec le milieu social.
- Les relations avec le réseau de services.
- Les caractéristiques et besoins spécifiques du jeune.

L'ordre de présentation de ces différentes dimensions permet d'illustrer la particularité avec laquelle la négligence se met en place. Les quatre premières dimensions présentées ont toutes une influence directe sur la façon dont l'enfant aura réponse à ses besoins.

La figure 1 tirée du *PAIN : Programme d'aide intersectoriel en négligence* (CJM, 2001) schématise l'influence de chacune de ces dimensions les unes sur les autres tout en mettant en évidence leur impact sur le développement de l'enfant. Ces dimensions sont ensuite largement documentées dans les sections suivantes. Les principaux facteurs de risque associés à chacune de ces dimensions sont présentés à l'annexe 1.

Figure 1



¹⁰ Le Multi dictionnaire de la langue française (2003) définit l'approche systémique comme suit : méthode d'analyse et de synthèse prenant en considération l'appartenance à un ensemble et l'interdépendance d'un système avec les autres systèmes de cet ensemble.

1.2.1 Les caractéristiques et besoins des parents

La situation des parents est analysée selon différentes dimensions : leurs caractéristiques personnelles, les expériences qu'ils ont vécues, de même que leur capacité parentale. Ceci souligne la multitude de facteurs ayant un impact sur l'exercice du rôle parental dans les situations de négligence.

Afin d'intervenir de façon efficace auprès des parents, il est également essentiel de tenir compte de leurs besoins personnels, ceux-ci étant déterminés dans un travail de collaboration avec eux. En tenant compte de tous ces aspects, il sera davantage possible de créer un impact positif au niveau d'une ouverture des parents aux besoins de l'enfant. À ce propos, l'approche médiation en protection de la jeunesse vient appuyer cette orientation insistant sur la nécessité de prendre en compte les besoins des parents. Généralement, les caractéristiques personnelles et les expériences vécues par ces parents traduiront les besoins qu'ils peuvent ressentir et exprimer (Filion, 2006; Brisson-Amyot, 2002)¹¹.

A) LES CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

La personnalité se construit à partir des prédispositions innées et des expériences de vie cumulées depuis la petite enfance. Elle influence nécessairement la disponibilité psychologique d'un parent à exercer son rôle parental, tout comme la dynamique familiale et l'environnement social de la famille. Tous les aspects de la personnalité d'un individu influenceront plus ou moins intensément sa capacité d'exercer son rôle parental.

Les parents négligents présentent certaines caractéristiques spécifiques. Ces caractéristiques peuvent être innées, s'être développées ou être la conséquence d'incidents vécus, mais elles ont une influence certaine sur l'exercice du rôle parental. Parmi celles-ci, les plus souvent notées sont des problèmes de dépendance, de santé mentale ou physique, ou des limites intellectuelles¹².

Nous observons aussi fréquemment des traits de personnalité inadaptés et persistants chez ces parents négligents. Bien que les liens entre les troubles de la personnalité et les mauvais traitements dans l'enfance restent à être validés, diverses recherches mentionnent un lien entre les abus sexuels intrafamiliaux dans l'enfance et les désordres de la personnalité limite (Bailey, Shriver, 1999; Mac Farlane, Herman, 1996; In: Tarabulsky et al., 2008).

Pour Crittenden (1988), plusieurs traits de personnalité caractérisent les parents négligents. Parmi les plus souvent notés : l'immaturité, la passivité, le retrait, l'absence de capacités à planifier, l'absence d'attentes, des problèmes relationnels et des problèmes d'attachement avec les enfants. Selon Polansky et al. (1992), tel que rapporté dans Brousseau (2000), on note également des difficultés importantes dans leurs relations sociales, de l'impulsivité et de la difficulté à faire confiance aux autres.

Pour les cas plus particuliers où il y a un doute à ce niveau, un médecin peut effectuer une évaluation plus spécifique des caractéristiques des parents pour préciser leur état de santé mentale ou déterminer s'ils présentent un trouble de personnalité. Certaines de ces caractéristiques sous-tendent en effet des éléments dépressifs ou encore sont des caractéristiques de troubles de la personnalité (Crittenden, 1988).

¹¹ Pour obtenir plus d'information au sujet de l'approche médiation en centres jeunesse, vous pouvez vous référer aux ouvrages de Filion (2006) et Brisson-Amyot (2002).

¹² La section 1.4 du présent ouvrage présente en détail les problématiques associées à la négligence.

Dans une recherche effectuée par Brousseau en 2000, on constate chez les parents négligents une faible scolarisation et peu d'expériences de travail, plus particulièrement chez les femmes. Ils peuvent aussi avoir des problèmes légaux et un mode de vie axé autour de la criminalité.

B) LES EXPÉRIENCES VÉCUES

La plupart des parents négligents ont vécu une succession d'expériences de vie difficiles depuis leur petite enfance, victimes eux-mêmes de négligence. De manière générale, ils ont eu peu d'occasions d'apprendre à faire confiance aux autres, de développer leurs ressources personnelles, leur confiance ou l'estime d'eux-mêmes. Ils ont très souvent été influencés par des valeurs et des codes de conduite marginaux. Peu d'entre eux ont pu bénéficier de modèles d'identification positifs pour l'exercice du rôle parental.

Fait plus significatif, la plupart des parents négligents ont subi différentes formes de mauvais traitements depuis leur enfance. Les femmes en particulier ont souvent vécu de l'abus sexuel intra ou extrafamilial. Le mode de vie de leurs parents, les traumatismes et les mauvais traitements qu'ils ont subis ont souvent entraîné des ruptures avec les figures d'attachement et des placements successifs dans divers milieux de vie durant l'enfance ou l'adolescence (Éthier, Bourassa, Klapper, Dionne, 2006). Ils cumulent ainsi les séquelles de la maltraitance, en plus des effets reliés à la séparation et à l'adaptation à plusieurs milieux de vie.

En bref, durant leur parcours de vie, ces personnes ont cumulé une suite d'expériences au cours desquelles elles n'ont pas obtenu satisfaction à leurs besoins, entraînant des stratégies d'adaptation non appropriées.

Bien que les pères et les mères soient affectés par des facteurs semblables, des recherches suggèrent que les hommes ont plus de difficultés que les femmes à se rétablir après avoir vécu dans des environnements familiaux perturbés (McGloin, Widom, 2001; In: Éthier et Lacharité, 2008). Ils se montrent plus vulnérables à l'âge adulte et sont plus à risque de maltraiter leurs enfants que les femmes (Sidebotham, Golding, 2001; In: Éthier, Bourassa, Nolin, Nadeau-Noël, 2008).

Ainsi, les résultats des recherches d'Éthier et al. (2006) concernant les mères indiquent une association entre la négligence chronique et des traumatismes non réglés depuis l'enfance¹³. Il est noté qu'il est particulièrement difficile pour ces femmes de parvenir à la résolution de leurs traumatismes, en raison de leur grand nombre, de leur sévérité et de la chronicité des expériences.

« Les mères présentant des traumatismes non résolus reproduiraient davantage l'abus d'une génération à l'autre, notamment parce que les traumatismes activent un ensemble de mécanismes psychiques qui nuisent gravement à la sensibilité parentale et au développement de relations affectives¹⁴. »

Éthier et al., 2008, p. 13.

¹³ Dans les situations de négligence chronique, les mères sont davantage aux prises avec des traumatismes non résolus qu'en négligence circonstancielle (Boulet, Éthier et Couture, 2004).

¹⁴ À noter que ces notions seront davantage explicitées à la section 1.3.3.

De plus, Éthier et al. (2008) mentionnent que :

« ... les familles qui sont toujours dans les services de protection pour l'un ou l'autre de leur enfant, après 13 années de suivi, se distinguent davantage par leurs antécédents et leurs caractéristiques personnelles que par leur situation sociale et économique. Les facteurs de risque identifiés comme les plus importants pour expliquer les mauvais traitements chroniques sont la santé mentale et les traumatismes non résolus de la mère. »

Éthier et al., 2006; repris dans Éthier et al., 2008, p. 13.

C) LA CAPACITÉ PARENTALE¹⁵

Cette dimension permet d'analyser la façon dont le parent est en mesure d'assumer les différentes fonctions de son rôle parental. On comprend combien sa capacité à exercer ces fonctions est influencée par les différentes expériences vécues, par ses caractéristiques personnelles, de même que par ses compétences parentales.

L'exercice du rôle parental

Le « parent suffisamment bon », auquel on fait parfois référence dans la littérature, est celui qui se montre sensible aux besoins de son enfant, lui assure une protection lorsque nécessaire, lui impose des limites appropriées, lui offre un modèle permettant de développer son identité et lui permet de développer son potentiel. Il fait de son mieux et il sait s'adapter en fonction des événements, de l'âge, du niveau de développement et des besoins spécifiques de son enfant (Winnicott, 2006).

Deux notions permettent de qualifier l'exercice du rôle parental :

- La **capacité parentale** consiste en l'aptitude ou le potentiel du parent à exercer son rôle. Il s'agit d'une capacité de base et, en ce sens, elle a un caractère de permanence.
- Les **compétences parentales** découlent de la capacité parentale. Lorsqu'une personne possède une capacité parentale, elle peut être en mesure d'exercer ses compétences, bien que dans un contexte particulier son potentiel puisse ne pas s'être développé ou être sous-utilisé pour toutes sortes de raisons.

Les compétences parentales sont les attitudes et les conduites favorisant le développement normal de l'enfant. Ces compétences peuvent être générales (essentielle à toutes les étapes de développement de l'enfant) ou spécifiques (selon les défis associés à l'étape de développement de l'enfant).

¹⁵ Nous avons fait le choix de parler de **la** capacité parentale afin de mieux préciser le sens de ce concept et de le distinguer de celui **des** compétences parentales. Dans la littérature on note les deux appellations. Les auteurs cités en référence dans le programme parlent davantage de « capacité parentale » au singulier.

Pour bien saisir les distinctions à faire, l'exemple suivant est intéressant : un adulte n'ayant pas d'enfants, qui n'a donc pas développé ses compétences parentales, peut tout de même avoir une bonne capacité parentale, tout dépendant de ses expériences de vie et de ses caractéristiques personnelles.

Ces deux notions sont fondamentales dans l'intervention auprès des familles en difficulté. Elles permettent de distinguer les parents dont les compétences sont à développer, de ceux qui ne pourront être en mesure d'exercer adéquatement leur rôle parental, car ils ne possèdent pas la capacité parentale requise.

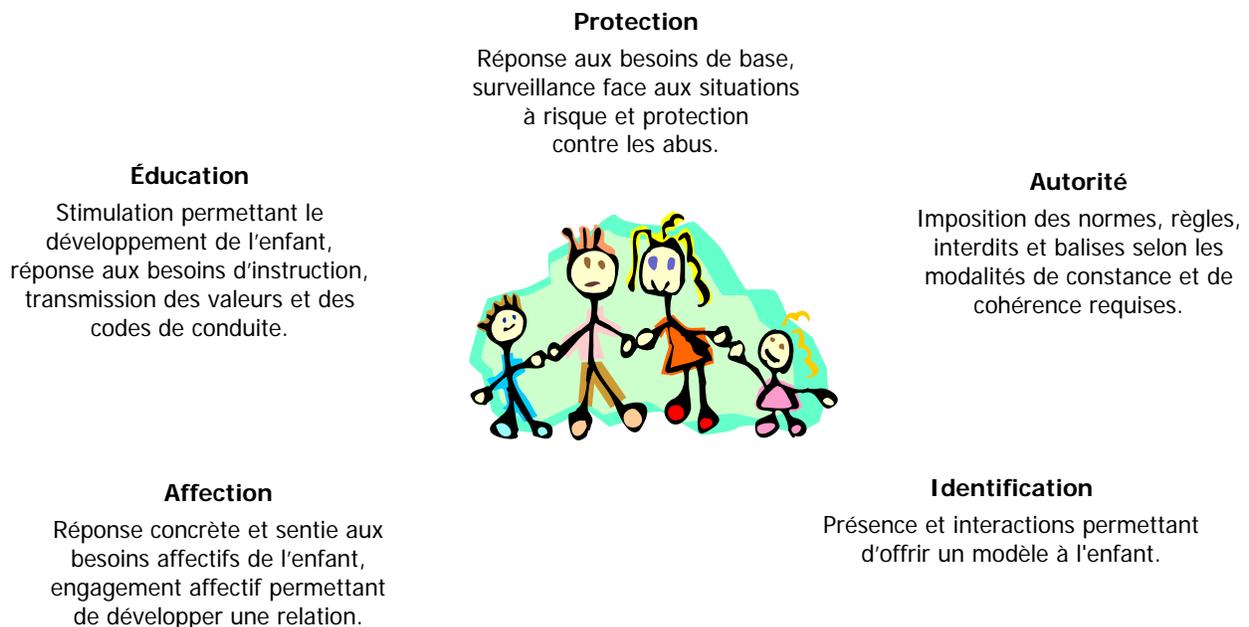
L'évaluation de la capacité parentale est un aspect fondamental de l'analyse de toute situation familiale. Elle permet de fixer des objectifs d'intervention réalistes et de proposer dans les meilleurs délais le projet de vie le plus approprié aux besoins de chaque enfant¹⁶.

Mentionnons toutefois que seule une évaluation rigoureuse effectuée en lien avec l'utilisation d'outils cliniques validés¹⁷ permet à l'intervenant de porter un jugement clinique sur la capacité parentale en estimant les probabilités de changements chez les parents.

La figure 2 présente les différentes facettes de l'exercice du rôle parental¹⁸.

Figure 2

L'exercice du rôle parental



¹⁶ La section 5.2.2 du présent ouvrage présente la notion de projet de vie. Rappelons qu'un projet de vie peut être réalisé dans le milieu familial.

¹⁷ Le *Guide d'évaluation des capacités parentales* (de Rancourt, Bouchard, Desjardins, Gauthier, Paquette, Rainville, Paquette, 2006) adaptation du guide de Steinhauer, de même que l'ICBE *Inventaire concernant le bien-être de l'enfant* (Lord, Thibault, 2005) sont les outils préconisés à cette fin. Ils permettent d'analyser toutes les dimensions à considérer dans l'exercice du rôle parental.

¹⁸ Adapté à partir du guide de formation *Le processus d'élaboration du plan d'intervention en services de réadaptation auprès de la mère en difficulté d'adaptation* du Gouvernement du Québec (MSSS, 1996), p. 50.

Les différentes facettes de l'exercice du rôle parental sont nécessairement associées aux besoins fondamentaux des enfants précédemment explicités. L'évaluation du parent dans son rôle parental est donc intrinsèque à l'évaluation de sa capacité à répondre aux différents besoins de son enfant.

La relation entre le parent et l'enfant

Le lien affectif unissant un parent avec son enfant s'amorce bien avant la période foetale. Le fait de planifier la grossesse et de désirer la venue de l'enfant vient initier cette relation affective en devenir. Toutefois, le fait de ne pas planifier la grossesse n'est pas nécessairement un élément compromettant pour le développement du lien affectif unissant le parent et l'enfant. Après la naissance, au fur et à mesure que le parent prend soin de l'enfant en répondant à ses besoins, cette relation et ce lien affectif se développent et s'étoffent.

La qualité des soins assurés à l'enfant demande une réponse sensible à ses besoins, une proximité assurant des contacts fréquents et chaleureux, un engagement dans le rôle parental et une réciprocité tenant compte des caractéristiques individuelles de l'enfant¹⁹. La qualité des soins contribue à la sécurité du lien d'attachement chez l'enfant, ce qui favorise son développement et a une influence déterminante tout au long de sa vie²⁰.

Par ailleurs, la relation parent-enfant est nécessairement teintée par la qualité de l'exercice du rôle parental. La fonction d'autorité, entre autres, implique que le parent fixe un cadre de vie incitant l'enfant à se développer de façon à être respectueux des normes sociales. Ceci nécessite de fixer des normes, superviser et réagir de manière constante et cohérente aux comportements de l'enfant. À mesure que l'enfant vieillit, le parent rencontre différents défis, dont celui de maintenir un équilibre entre le désir de préserver la relation affective avec l'enfant et la nécessité de représenter une figure d'autorité à son égard. Aussi, un autre défi consiste à maintenir un équilibre entre les cinq facettes de son rôle parental en fonction des besoins évolutifs de l'enfant.

Dans les situations de négligence, c'est la forme d'équilibre au niveau de la relation entre le parent et l'enfant qui est particulièrement problématique. Les besoins de l'enfant entrent en fait souvent en opposition avec ceux des parents ou des figures parentales de son entourage. Ils sont même parfois incompatibles avec ceux de ses parents.

Considérant l'influence prépondérante de la dimension individu sur l'exercice du rôle parental, il apparaît essentiel d'explorer avec les parents « ...leurs visions du problème, leurs plaintes, leurs malaises, leurs craintes, leurs propres besoins à prendre en compte; en tant que parents bien sûr, mais également en tant que personnes confrontées à divers problèmes : matériels, financiers, affectifs, éducatifs... » (Savourey, 2002, p. 148).

L'importance ici pour aider les parents est de démystifier le fait que leurs besoins entrent en opposition avec ceux de leur enfant. Il s'agit plutôt de trouver des avenues où chacun réussit à avoir réponse à ses besoins, tout en demeurant conscient que ces parents négligents se retrouvent souvent pris dans contexte de survie les portant à prioriser leurs besoins personnels sur ceux de leur enfant.

¹⁹ Voir le tableau 6 pour le détail de la notion de « soins de qualité ».

²⁰ La théorie de l'attachement permet d'analyser de manière plus spécifique la nature du lien qui se tisse entre l'enfant et le parent. Elle est présentée à la section 1.3.1.

D) L'IMPLICATION DES PÈRES (Lacharité et al., 2005, pp. 47-49)

Des recherches démontrent que lors de l'intervention auprès des familles négligentes, les responsabilités ne sont pas attribuées de façon équitable envers les mères et les pères. On note en effet que le déséquilibre dans la relation entre le parent et l'enfant est, la plupart du temps, abordé avec les mères, à qui on impute encore socialement la responsabilité d'assurer la réponse aux besoins des enfants (Brousseau, 2006; Lacharité et al., 2005).

Même si l'on considère que les figures paternelles (père ou conjoint) font partie de la dynamique familiale problématique, ils sont peu soutenus pour améliorer l'exercice de leur rôle parental. On observe alors plutôt des pratiques visant à désengager ou exclure le père (Lacharité et al., 2005).

« Diverses raisons, plus ou moins légitimes, concourent à cette décision. D'une part, les professionnels perçoivent les pères moins positivement que les mères. Les pères sont perçus comme étant moins chaleureux, compétents, gentils, honnêtes, sages, sociables, courageux, adroits, généreux, propres, travaillants, cohérents, faciles, tranquilles, volubiles et actifs. Ce portrait caractérise autant la perception des professionnelles féminines que celle des professionnels masculins. D'autre part, et cela est plus troublant, ce sont les mères qui ont tendance à être considérées comme étant les premières responsables de la négligence envers leurs enfants. »

Lacharité et al., 2005, p. 47.

Si le désengagement de la figure paternelle peut parfois entraîner des bénéfices à court terme (diminution de l'intensité des problèmes, amélioration du bien-être de la mère et des enfants), l'expérience démontre que, suite à une rupture, plusieurs de ces hommes s'engagent auprès d'une autre famille, avec d'autres enfants avec lesquels ils présentent les mêmes difficultés (Lacharité et al. 2005). Il est donc essentiel d'accompagner les pères ou les conjoints afin de les aider à revoir l'exercice de leur rôle.

Il est aussi intéressant de noter que pour différentes raisons, les pères sont plus impliqués qu'avant dans les soins donnés à l'enfant (par exemple : changements de mentalité quant à la paternité, davantage de femmes occupent un emploi à temps plein) (Bianchi, 2000; In : Dumont et Paquette, 2008). Les différences entre les pères et les mères au niveau de l'engagement auprès de leur enfant (présence physique et fréquence des interactions) sont donc de moins en moins significatives (Pleck et Masciadrelli, 2004; In : Dumont et al., 2008). L'engagement des parents est nécessairement un élément important pour le développement du lien d'attachement de l'enfant. La qualité de ce lien peut se développer de façon différente envers le père et envers la mère, dépendamment de leur engagement respectif (Grossmann et al., 2002; Kazura, 2000; In : Dumont et al., 2008).

Par ailleurs, l'impact que chacun des parents peut avoir sur le développement de l'enfant est aussi un élément les distinguant. Paquette (2004; In : Dumont et al., 2008) soutient que leur contribution est opposée mais complémentaire. La mère serait davantage réconfortante lorsque l'enfant se retrouve en situation de détresse en agissant comme base de sécurité, alors que le père favoriserait davantage l'exploration, ce qui permet à l'enfant de s'ouvrir au monde lorsqu'il n'est pas en détresse. Le Camus (2004) explique que ces distinctions engendrent des impacts différents au niveau du développement de l'enfant, le père favorisant davantage la socialisation et l'autonomisation. Paquette, Eugène, Dubeau et Gagnon (2009) poussent leur analyse plus loin en mentionnant que les pères jouent un rôle majeur au niveau de la gestion de la prise de risques, de l'affirmation de soi et de la gestion

de la colère dans les rapports sociaux avec les pairs, de la réussite scolaire et professionnelle, de la capacité de résolution de problèmes, et pour l'émergence des problèmes de comportement extériorisés. Les mères, quant à elles, influencent davantage le développement des comportements prosociaux (partage, coopération, etc.) et des problèmes de comportement intériorisés. En fait, il s'agit d'une prédominance de certains rôles parentaux favorisant des dimensions différentes du développement de l'enfant. Ceci souligne l'importance de la présence des deux parents auprès de l'enfant pour assurer son développement optimal.

Ces éléments d'information sont très pertinents dans le contexte de l'intervention auprès des pères négligents. Le fait d'être conscients des différences qu'ils peuvent susciter au niveau du développement de leur enfant peut certainement les motiver à demeurer impliqués auprès de lui, ou à l'être de façon encore plus significative.

E) QUATRE TYPES DE COMPORTEMENTS OBSERVÉS CHEZ LES PARENTS NÉGLIGENTS

Crittenden (1993) s'est attardée à observer les comportements des parents négligents afin de déceler ce qui les distinguait des parents non négligents. Elle cherchait ainsi à trouver des stratégies d'interventions plus efficaces afin de les aider à être davantage sensibles aux besoins de leurs enfants. Elle s'est centrée sur la façon dont ces parents décodent l'information transmise par un enfant qui manifeste un besoin nécessitant une réponse de leur part.

Crittenden (1993) propose une représentation simplifiée du processus complexe de « traitement de l'information » suite à un stimulus. Ce processus comporte quatre étapes : perception du signal émis par l'enfant qui manifeste un besoin, interprétation, choix d'une réponse adaptée au besoin et action appropriée.

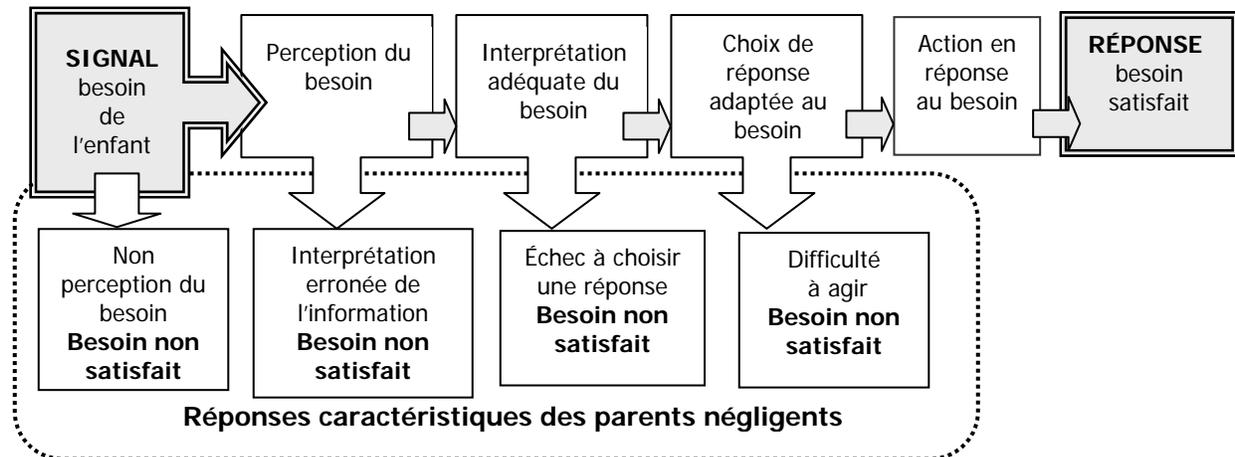
Selon Crittenden (1993), les parents négligents éprouvent des difficultés à décoder l'information permettant d'assurer une réponse appropriée lorsque l'enfant manifeste ses besoins. Ces parents bloquent à l'une ou l'autre des quatre étapes. Elle propose un modèle dans lequel elle identifie quatre types de comportements des parents négligents, selon l'étape du processus à laquelle ils manifestent leurs difficultés :

- Non-perception du besoin.
- Interprétation erronée de l'information.
- Échec à choisir une réponse.
- Difficulté à agir.

La figure 3 représente le processus de manière schématisée. Elle présente le processus complet à travers lequel l'enfant reçoit réponse à ses besoins avec, en-dessous, les quatre types de réponses caractéristiques des parents négligents, ayant pour conséquences des besoins non satisfaits pour les enfants.

Figure 3

**Processus de traitement de l'information :
réponse suite à la perception du besoin manifesté par l'enfant**



Selon Crittenden (1993), les parents négligents peuvent percevoir la réalité autrement, lui attribuer un sens différent, choisir des réponses à partir de registres plus ou moins adaptés, ne pas agir ou être passifs face au besoin perçu. Selon ses observations, les difficultés des parents négligents se situent principalement aux premières étapes du processus.

Ces observations permettent de proposer un objectif d'intervention spécifique : accompagner le parent afin qu'il développe les habiletés à percevoir et à répondre de manière appropriée lorsque l'enfant manifeste un besoin. L'intervention est adaptée en fonction de l'étape du processus à laquelle se situent les principales difficultés.

Mentionnons que, reconnaître l'étape du processus à laquelle se situent les difficultés du parent permet d'adapter les moyens à mettre en place. Toutefois, l'étape identifiée ne permet pas de supposer de la capacité de changement du parent. Ce dernier aspect est mesuré par une évaluation beaucoup plus globale de la capacité parentale.

Le tableau 3 présente les quatre types de comportements présentés par les parents négligents avec des caractéristiques et des exemples pour chacun.

Tableau 3**Types de comportements observés chez les parents négligents²¹**

COMPORTEMENT	CARACTÉRISTIQUES	EXEMPLES
1. Non-perception des signaux	<ul style="list-style-type: none"> Même s'il ne semble pas vouloir faire de mal à l'enfant, ce parent ne démontre pas d'engagement affectif et a peu d'interactions avec lui. Il tend à initier spontanément, de son propre gré, des interactions non réciproques avec l'enfant. Dans les cas les plus sévères, ce parent peut sembler non disponible psychologiquement, déprimé ou présenter une déficience intellectuelle. Lorsqu'il traite l'information, ce parent tend à exclure les stimuli qui suscitent un affect. Il démontre moins de flexibilité en réponse à son environnement, avec des conséquences pouvant s'avérer sérieuses pour le développement de l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> Le parent ne répond pas aux besoins de l'enfant, malgré la présence de plusieurs indices flagrants : l'enfant pleure et le dernier repas remonte à plusieurs heures. Une réaction en chaîne survient. Le nourrisson manifeste ses besoins sans obtenir de réponse appropriée et, dans les premiers temps, il se manifeste avec plus d'intensité. Il finit par se taire, voyant qu'il n'obtient pas de réponse appropriée. L'enfant développe des comportements inappropriés avec le parent qui se montre d'autant moins disposé à répondre à ses besoins.
2. Interprétation erronée de l'information	<ul style="list-style-type: none"> Le parent est conscient du fait que l'enfant lui signale un besoin, mais il l'interprète mal. Il peut avoir des croyances erronées ou un manque de connaissances. Il peut croire que, puisque le comportement revient si souvent, il ne mérite pas de réponse. Ce parent peut se sentir mal à l'aise avec les manifestations affectives et croire que les personnes doivent apprendre à se débrouiller seules. 	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant se cramponne après son parent pour obtenir de l'attention, mais le parent ne répond pas, considérant que le comportement n'a pas de sens, l'enfant se cramponnant ainsi tout le temps. Le parent considère que ce type de comportement est souvent renforcé du fait d'y répondre occasionnellement. Un jeune enfant dit qu'il a faim. Le parent perçoit bien le signal, mais lui demande d'attendre en se disant qu'il a tendance à se plaindre pour rien, comme si son rôle de parent n'était pas sollicité.
3. Échec à choisir une réponse	<ul style="list-style-type: none"> Ce parent perçoit et interprète plutôt bien les signaux de l'enfant, mais peut ne pas savoir comment y répondre de manière appropriée et ne pas réagir. Ce parent a souvent intégré un sentiment d'impuissance, croyant qu'il ne peut influencer les situations. Puisqu'il utilise peu les services et a un réseau social limité, il ne sait pas comment obtenir de l'aide. 	<ul style="list-style-type: none"> Le parent constate que son adolescent a l'air renfermé et déprimé et qu'il a besoin d'aide. Puisque l'adolescent nie, le parent ne sait pas quoi faire et ne fait rien. L'enfant qui est au primaire refuse souvent d'aller à l'école le matin puisqu'il se sent ridiculisé par les autres élèves. Le parent lui offre de l'amener à l'école en voiture à tous les matins sans chercher à investiguer les raisons véritables liées à son refus d'aller à l'école.
4. Difficulté à agir	<ul style="list-style-type: none"> Bien qu'il soit en mesure d'identifier des actions appropriées, ce parent ne se met pas en action lorsqu'en vient le moment. Il dira souvent qu'il avait l'intention de le faire, « <i>mais que... est survenu</i> ». De fait, le milieu peut être tellement chaotique que les possibilités d'interférences sont nombreuses. Le parent peut aussi avoir d'autres préoccupations plus urgentes. Ce type de parent peut être vaguement conscient du problème, mais incapable de changer ses priorités. Ce type de comportement est celui qui est le moins souvent rencontré chez les parents négligents chroniques. 	<ul style="list-style-type: none"> Le parent occupe un emploi très demandant et est peu présent auprès de son enfant. Lorsqu'il est présent, il est peu disponible dû à son épuisement. Joindre les deux bouts se fait aux dépens des besoins de l'enfant (affectifs, éducatifs, encadrement, etc.). Le parent qui doit s'occuper d'un enfant handicapé présentant de nombreux besoins spécifiques peut avoir de la difficulté à répondre à l'ensemble des besoins de ses autres enfants qui sont particulièrement exigeants au niveau de l'encadrement.

Source : Crittenden (1993)

²¹ À noter que les exemples rapportés dans le tableau 3 ne sont pas ceux de l'auteur.

En comparant les différents types de comportements que présentent ces parents, il est possible de constater de grandes différences entre les premières et les dernières étapes du processus de traitement de l'information. On comprend tout de même que peu importe à quelle étape du processus le parent se situe, les besoins de l'enfant ne sont pas répondus de façon appropriée. Nous pouvons toutefois envisager que les enfants des parents qui se situent aux premières étapes du processus subiront de plus grands impacts au niveau du développement de leur lien d'attachement.

1.2.2 Les relations familiales

Les bases qui caractérisent une famille se définissent à partir des forces et des faiblesses de chaque individu qui la constitue, de même qu'à partir de la qualité des liens les unissant. Les parents construisent leur famille en fonction de tout ce qui constitue leur bagage depuis leur petite enfance, leurs expériences de vie et leurs caractéristiques personnelles, lesquelles teintent plus ou moins le vécu familial.

La famille est le tout premier système auquel nous appartenons. À l'intérieur du système familial, les membres et les différents sous-systèmes qu'ils forment (parental, conjugal, parent-enfant et fratrie) sont en constante interaction. Ce système complexe se modifie au cours du temps, se transforme et s'ajuste pour maintenir son équilibre. De la même manière, l'intervention doit mettre à contribution tous les membres de la famille (incluant l'autre parent et le conjoint dans les familles monoparentales ou recomposées), en faisant appel à leurs compétences dans la recherche de moyens pour atteindre des objectifs précis. La recherche de solutions vise ensuite à impliquer tous les membres de la famille en allant au-delà des symptômes manifestés.

Brousseau (2006) souligne qu'une attention particulière devrait être portée à l'intervention auprès de l'ensemble du système familial. Dans son étude réalisée au CJQ-IU, elle constate en effet, bien que les intervenants croient intervenir auprès des familles, que dans les faits ils ont plutôt tendance à se limiter à aborder l'exercice du rôle parental seulement avec la mère. Cette tendance a pour effet de négliger le travail autour des jeux de relations entre les sous-systèmes familiaux, faisant reposer sur les épaules de la mère tous les changements à apporter, en excluant de ce fait le père.

Afin d'aider à la compréhension du fonctionnement des familles, nous présentons le modèle de McMaster (Ryan et al., 2005; Epstein et al., 1993 et 2003; In: Brousseau, 2000 et 2006). Celui-ci propose six indicateurs de fonctionnement familial :

- la résolution des problèmes;
- la communication;
- l'exercice des rôles respectifs;
- l'expression affective;
- l'engagement affectif;
- la maîtrise des comportements.

Le tableau 4 présente ces indicateurs en comparant le fonctionnement caractéristique de deux types de familles : la famille dite saine et celle dans laquelle se vit de la négligence.

Tableau 4

Indicateurs de fonctionnement familial

	Famille saine (Adapté de Brousseau, 2000, p. 30-31)	Famille avec négligence (Adapté de Brousseau, 2006, p. 24-40)
La résolution des problèmes	<ul style="list-style-type: none"> Capacité de résoudre les problèmes et de gérer le quotidien menaçant l'intégrité de la famille. 	<ul style="list-style-type: none"> Mésentente sur les règles éducatives. Stress élevé entraînant des périodes de crises entravant la capacité de résoudre les problèmes du quotidien. Répétition des stratégies de résolution de problèmes non efficaces.
La communication contenu (les mots) et contenant (non verbal).	<ul style="list-style-type: none"> La communication est spontanée et respectueuse. Les messages sont clairs et directs dans tous les domaines. 	<ul style="list-style-type: none"> Peu de communication et difficultés importantes à communiquer des messages clairs. Violence verbale, physique et psychologique remplace les paroles et la négociation dans les relations familiales.
Les rôles	<ul style="list-style-type: none"> Les rôles permettant de remplir l'ensemble des fonctions familiales, affectives et instrumentales sont clairs et assumés par les bonnes personnes. Ils sont partagés de façon satisfaisante. 	<ul style="list-style-type: none"> Les responsabilités parentales ne sont pas toutes assumées. Les rôles ne sont pas toujours assumés par les bonnes personnes (par exemple : inversion des rôles parent-enfant). Absence ou insuffisance du partage des tâches.
L'expression affective	<ul style="list-style-type: none"> Les membres de la famille ont la capacité d'exprimer les émotions ressenties de manière appropriée, peu importe la situation. 	<ul style="list-style-type: none"> Peu de place accordée à l'expression affective positive. Éventail limité de réponses affectives associées à un stimulus.
L'engagement affectif	<ul style="list-style-type: none"> Les membres de la famille accordent de l'intérêt et de la valeur aux activités et aux intérêts des autres membres. Empathie entre les membres de la famille. 	<ul style="list-style-type: none"> Famille désengagée : isolement des membres de la famille, peu de communication entre eux et peu de temps de qualité passé ensemble. OU Famille où les liens sont enchevêtrés : absence de frontières, promiscuité, manque d'autonomie, difficulté à démontrer de l'empathie en l'absence de réponse à ses propres besoins.
La maîtrise des comportements	<ul style="list-style-type: none"> La famille gère les comportements de ses membres dans trois types de situations : les situations de danger, la réponse aux besoins psychologiques et les relations sociales dans la famille et avec l'extérieur. 	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés à assurer un encadrement avec constance et fermeté : délaissement des règles, tendance au laisser faire et/ou aux réprimandes démesurées.

De manière générale, on constate que les familles négligentes présentent des difficultés à fixer les règles, à les faire respecter, à exercer une surveillance et un encadrement appropriés à l'âge de l'enfant, à définir les rôles (parent qui n'exerce pas toutes ses responsabilités, membre de la famille élargie qui fait intrusion, enfant protecteur), voire même une tendance à l'inversion des rôles.

Différentes recherches identifient des caractéristiques spécifiques que présentent les familles négligentes. On y note l'influence déterminante de l'histoire personnelle et des caractéristiques des parents :

- Les familles négligentes sont davantage composées de parents monoparentaux (mère ou père²²). Mentionnons par ailleurs que les hommes (père ou conjoint) sont beaucoup plus présents que ne le laissent croire les statistiques en négligence, lesquelles identifient la monoparentalité féminine comme un facteur de risque important. Au moins 75% des enfants négligés vivent ou ont des contacts réguliers avec au moins une figure paternelle, qu'il s'agisse du père ou du conjoint de la mère (Lacharité et al., 2005).
- Les parents négligents sont plus souvent instables au niveau de leur couple comparativement à ceux des familles où sont identifiées d'autres formes de maltraitance²³ (Brousseau, 2000).
- Le nombre de familles comportant plus de trois enfants est plus élevé (Éthier et al., 2006; Brousseau, 2000) et les parents sont nombreux à avoir leur premier enfant avant l'âge de 20 ans (Brousseau, 2000).
- Les enfants sont souvent issus de différentes unions (pères différents). En général, les grossesses ne sont pas planifiées (Brousseau, 2000).
- Les problèmes au niveau de la relation parent-enfant sont davantage présents (Éthier et al., 2006; Brousseau, 2000).
- Les parents sont aux prises avec des problèmes plus diversifiés et en plus grand nombre²⁴ (Éthier et al., 2006; Brousseau, 2000).
- Les problèmes conjugaux²⁵ et la violence conjugale²⁶ sont deux fois plus fréquents.

Notons que plusieurs facteurs de risque observés dans les familles négligentes sont aussi des déclencheurs reconnus de problèmes d'adaptation ou de troubles psychologiques chez les enfants. Parmi eux : la mésentente entre les parents, un foyer surpeuplé, une mère atteinte d'un trouble psychologique et un père impliqué dans des activités criminelles (Olds et Papalia, 2003).

²² Brousseau (2000, p. 56) : Mère monoparentale pour 47,7% des familles négligentes comparativement à 17,4% des familles négligentes qui sont constituées de père monoparental.

²³ L'expression « maltraitance » inclut la négligence, l'abus physique, l'abus sexuel et les mauvais traitements psychologiques. Puisqu'un nombre restreint de recherches portant spécifiquement sur le sujet de la négligence ont été effectuées, celles portant sur la maltraitance sont parfois citées considérant qu'il s'agit d'un terme englobant, incluant la négligence.

²⁴ Voir section 1.2.1 : Les caractéristiques et besoins des parents.

²⁵ Selon Brousseau (2000, p. 60), 63% des couples provenant de familles négligentes disent vivre des problèmes conjugaux, contre 33% de ceux provenant de familles non négligentes.

²⁶ Selon Brousseau (2000, p. 60), 28% des couples provenant de familles négligentes disent vivre de la violence conjugale, contre 14% de ceux provenant de familles non négligentes.

1.2.3 Les relations avec le milieu social

L'intervention systémique doit tenir compte des multiples contextes de vie de la famille, ceux-ci ayant une influence les uns sur les autres. Le milieu social à l'intérieur duquel l'enfant et sa famille évoluent est un facteur déterminant pour bien détecter et comprendre la négligence, et aussi pour y trouver des supports possibles pour une intervention réseau.

Lacharité et al. (2005, p. 22) mentionnent « *Les études sur la négligence montrent que les facteurs contextuels (absence de soutien social, faibles ressources économiques, culturelles et sociales sur le plan collectif et individuel) sont les principaux facteurs qui expliquent l'apparition de la négligence dans les sociétés occidentales* ». Les plans d'intervention auprès de ces familles devraient ainsi toujours cibler certains aspects propres au développement ou à l'enrichissement des réseaux de soutien formels (organisations professionnelles) et informels (parents, amis, voisins).

A) CONTEXTE CULTUREL²⁷

L'intervention auprès des familles nécessite de tenir compte du contexte culturel dans lequel elles évoluent.

« Dans son sens le plus large, la culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions, les croyances et les comportements »²⁸

Ce n'est donc pas tant la communauté culturelle ou le pays d'origine duquel provient une personne qui détermine sa culture, que son adhésion à des valeurs, des codes de conduite, des coutumes ou des croyances particulières, de même que sa religion et sa conception de l'éducation des enfants. Tous les pays ne sont pas constitués de groupes homogènes, les citoyens pouvant pratiquer des religions différentes, avoir des coutumes différentes, étant de ce fait d'appartenances culturelles différentes. C'est d'ailleurs ce que les intervenants constatent régulièrement : même s'ils sont en présence d'un usager originaire de la même région ou de la même communauté culturelle qu'eux, leur culture peut être très différente.

Le premier informateur d'une culture est l'individu concerné. En s'informant, en écoutant et en observant, l'intervenant peut pénétrer le système de référence de l'autre, ce qui lui servira à créer un lien avec la personne.

Bérubé (2004) souligne que la culture contribue à la construction de l'identité de chacun. Il est donc nécessaire de s'intéresser à l'identité culturelle de chaque individu. À ce sujet, selon Cohen-Emerique (1993), tel que rapporté par Roy (2000, p. 132) « *une conception de l'identité est en évolution continue et unique, c'est-à-dire intériorisée différemment d'une personne à l'autre* ». Cohen-Emerique (1993, p. 72) précise « *on ne rencontre pas une culture mais des individus, des groupes qui mettent en scène une culture...* ».

²⁷ Nous remercions Sonia Albert du CJM pour sa contribution à l'élaboration de cette section.

²⁸ Définition de la culture par l'UNESCO (L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982.

Par ailleurs, dans ce contexte d'intervention, il faut également considérer que la rencontre interculturelle peut être déstabilisante pour les individus : ils peuvent croire que leur identité culturelle est menacée. Il est donc important de leur préciser qu'on ne cherche pas à changer une valeur, mais plutôt un comportement. Comprendre les intentions et les besoins manifestés derrière les gestes posés par les parents peut permettre de les aider à revoir leurs pratiques.

L'expérience migratoire d'un individu est aussi un élément important à considérer. Malgré qu'il ait immigré depuis plusieurs années, le contexte de départ (raisons du départ, attentes envers le pays d'accueil, statut d'immigration, pertes importantes, etc.) a un impact considérable sur ses perceptions du pays d'accueil, sur ses réactions et comportements. De plus, les émotions, les déceptions et les satisfactions liées à l'expérience migratoire d'un parent sont transmises aux enfants.

Un autre élément important à considérer est le fait que l'intervenant est aussi porteur de culture. Il s'agit donc, pour intervenir de façon adéquate, de tenir compte de la relation interculturelle. Elle se définit comme suit : une interaction où sont en présence au moins deux porteurs de culture, et chacun a une égale importance (Cohen-Emerique, 2000). Il ne s'agit donc pas de se concentrer seulement sur l'utilisateur, mais de reconnaître également la subjectivité de l'intervenant. Ainsi, avant tout, chaque intervenant doit cerner sa propre identité culturelle. Il faut également se méfier de ses premières impressions et jugements de valeurs (Cohen-Emerique, 2000).

Il est important de souligner que l'attitude de l'intervenant permet de maximiser les chances d'impliquer les membres de la famille dans le processus d'intervention. Cet aspect est primordial puisque les besoins fondamentaux de tous les enfants doivent être satisfaits, peu importe le milieu dans lequel ils évoluent.

Considérer la présence de facteurs de risque associés à la négligence d'un parent négligent aidera aussi l'intervenant dans son analyse. Ces derniers (traumatisme non résolu depuis l'enfance chez le parent, problème de santé mentale, manque de compréhension des besoins liés au développement des enfants, crise, absence de réseaux de soutien, pauvreté) sont toujours les mêmes, quelle que soit la culture des individus. Toutefois, se rajoutent à cela les facteurs liés à leur expérience migratoire. L'évaluation de la capacité parentale suit tout de même toujours le même processus.

Mentionnons par ailleurs qu'une attention particulière doit être apportée afin de s'assurer que les familles immigrantes comprennent bien la nature des interventions du DPJ. Certaines personnes peuvent ne pas comprendre pourquoi les autorités, la police ou les tribunaux interviennent dans des affaires qu'ils estiment privées. Ces personnes peuvent aussi se sentir menacées par ces autorités, considérant les pratiques ayant cours dans d'autres pays. De même, les notions de « droits des enfants » et de « besoin de protection » réfèrent à des valeurs occidentales modernes qui doivent parfois leur être expliquées.

B) CONDITIONS DE VIE

Si la négligence circonstancielle s'observe dans tous les milieux socio-économiques, la négligence chronique, elle, se retrouve presque uniquement dans les milieux défavorisés. Diverses études réalisées à Montréal et en Amérique du Nord (Kaplan, Schene, DePanfilis et Gilmore, 2009; Brousseau, 2000; Sullivan, 2000; Palacio-Quintin, Éthier, 1993) ont permis de constater que la pauvreté représente un des principaux facteurs de risque associés à la

négligence chronique. En fait, les familles négligentes sont les plus pauvres de toutes les familles dans lesquelles se retrouve de la maltraitance.

La pauvreté contribue à maintenir ces familles dans des situations difficiles. Il est rare qu'elles puissent accéder et conserver un logement répondant à leurs besoins (besoin de réparations, insalubrité, risque d'expulsion, surpeuplement), ce qui expose les enfants à des risques accrus (santé, sécurité, instabilité). Le voisinage est souvent composé d'autres familles en difficulté, ce qui entraîne des inconvénients, voire des risques (bruits dérangeants, marginalité des gens de l'entourage, exposition à de la criminalité, etc.). Les priorités de dépenses ne sont pas toujours bien établies, ce qui provoque d'autres conséquences sur leur vie (mauvaise alimentation, manque d'aliments, habillement inadéquat).

Il est également important de souligner que les conditions socio-économiques dans lesquelles ces familles évoluent les exposent à des sources de stress parental élevé, des conflits parentaux, de la violence, et diverses formes de mauvais traitements (Steinhauer, 1998).

Lorsqu'il est question de négligence affective, l'expérience liée à la pratique clinique des intervenants nous permet de nuancer ces constatations au niveau du lien à faire avec le contexte socio-économique de la famille. Même si ces cas sont plutôt rares, il est tout à fait possible de rencontrer une famille aisée financièrement aux prises avec une problématique de négligence des besoins affectifs des enfants.

C) RÉSEAU DE SOUTIEN INFORMEL

Les familles négligentes chroniques se caractérisent par leur isolement social. Dans les cas plus extrêmes, elles peuvent même être considérées comme « exclues socialement » (Bédard, 1998). La plupart de celles-ci ne peuvent compter sur l'appui d'un réseau social informel (parents ou amis), l'aide provenant presque exclusivement du réseau formel (professionnels).

Même si, dans les faits, ces familles peuvent être entourées d'un réseau naturel, celui-ci tend à être non supportant, voire négatif. Ces personnes se montrent souvent critiques face à la famille et au monde en général, partageant et renforçant les valeurs et les comportements négligents des parents (Brousseau, 2006). On observe aussi une tendance du réseau naturel à entretenir une relation d'oppression ou d'exploitation avec les parents (Lacharité et al., 2005).

De manière générale, ce réseau semble peu préoccupé par les besoins des enfants. Lorsque les parents ont des difficultés ou du mal à répondre aux besoins de leurs enfants, on souhaiterait que l'entourage les assiste et compense pour les lacunes. Toutefois, dans les situations de négligence chronique, on constate que le réseau n'est pas en mesure d'exercer ce rôle (Lacharité, Pinard, Giroux, Cossette, 2007).

L'expérience clinique nous fait souvent observer que les parents négligents sont confrontés à une double réalité lorsqu'il s'agit de développer leur réseau de soutien. D'une part, ils ont d'importantes difficultés à développer des liens de confiance leur permettant de nouer des relations positives. D'autre part, ils sont facilement exclus, compte tenu de l'ensemble de leurs difficultés, mais aussi de leur tendance à provoquer des conflits interpersonnels à répétition. Les déceptions suite à ces rejets les renvoient à leurs difficultés, ce qui envenime leur disponibilité face à l'enfant.

Ainsi, deux mécanismes combinés entraînent la négligence chronique à l'égard des enfants : une perturbation de la relation entre les parents et l'enfant, et une perturbation de la relation entre la famille et son entourage. Ces familles se caractérisent par « l'isolement fonctionnel » des parents et de l'enfant : elles peuvent être entourées d'un réseau, mais ce dernier n'exerce pas son rôle de suppléance (Lacharité et al., 2005).

1.2.4 Les relations avec le réseau de services

La perception des parents au sujet des services dont ils pourraient bénéficier, de même que de leurs habiletés à solliciter de l'aide, sont des aspects importants à considérer dans le contexte d'intervention auprès des familles à risque. Les habiletés sociales sont directement associées à la capacité à demander de l'aide (Pierce et al., 1996; Sarason et al., 1994; In: Duchesne, 2008). Lors de situations où l'on constate des difficultés à se mobiliser vers les services sociaux, il ne faut pas toujours interpréter cela comme un manque de motivation au niveau du désir de changements. La peur de se sentir diminué, de même que le fait d'avoir de faibles attentes à l'égard de l'aide pouvant être reçue, sont d'autres facteurs qui peuvent entrer en ligne de compte (Duchesne, 2008).

Il semble également que les premières expériences d'attachement représentent un élément déterminant des représentations que se fait la personne au niveau du soutien social, et du développement des habiletés sociales associées à la capacité à demander de l'aide (Coble et al., 1996; Sarason et al., 1990; In: Duchesne, 2008). La personne ayant développé un attachement de type sécure ou insécure sera plus ou moins confortable dans ses relations avec autrui, en mesure d'exprimer ses émotions et ses besoins, elle aura une bonne capacité à faire confiance aux autres, ou elle anticipera le rejet ou des réponses incohérentes (Bretherton, Munholland, 1999; Bowlby, 1988; In: Duchesne, 2008). Ainsi, les personnes présentant un type d'attachement insécure auraient davantage tendance à nier ou minimiser leurs difficultés et à dévaloriser l'aide reçue (Goldman, Anderson, 2007; Larose et al., 1999; Coble et al., 1996; Wallace, Vaux, 1993; In: Duchesne, 2008).

1.2.5 Les caractéristiques et besoins spécifiques du jeune

La dimension concernant l'enfant est présentée en dernier lieu, bien qu'elle soit au cœur de notre intervention. Toutes les dimensions présentées précédemment, qu'il s'agisse de facteurs de risque ou de protection, ont des répercussions sur ce que vit l'enfant et sur son développement.

La dimension parent est assurément celle qui a le plus d'influence sur le développement de l'enfant. Depuis leur petite enfance, les parents ont eux-mêmes vécu divers événements influençant leur capacité parentale. Leur vécu, leurs caractéristiques personnelles, et leurs compétences parentales teintent largement la dynamique familiale, l'environnement social de la famille et leurs relations avec le réseau de services.

Tel que mentionné précédemment, l'approche médiation préconise l'importance de s'attarder aux besoins exprimés par les parents en lien avec leur situation personnelle pour assurer leur disponibilité à répondre aux besoins de leur enfant.

Documenter chacune de ces dimensions permet de saisir ce qui a un impact sur la situation spécifique de chaque enfant. L'intervention sera par le fait même grandement bonifiée pour assurer leur mieux-être, mais aussi pour leur offrir des balises quant au rôle parental qu'ils pourront éventuellement assumer à leur tour lorsqu'ils auront des enfants.

Selon l'avis de différents chercheurs, la négligence est la forme de maltraitance qui provoque le plus de conséquences négatives pour l'enfant. Elles varient selon la forme ou le type de négligence, mais elles sont encore plus marquées lorsque la négligence est affective ou qu'elle s'est déroulée sur une longue période (Brousseau, 2000; Sullivan, 2000).

Paradoxalement, peu d'études valides s'attardant aux séquelles spécifiques de la négligence ont été menées. D'un point de vue objectif, les effets de la négligence sur le développement de l'enfant sont difficiles à préciser. Peu d'études ont départagé la négligence des autres formes de maltraitance ou encore elles se sont principalement attardées à décrire les comportements des parents négligents. On note en particulier combien les conséquences complexes de la négligence affective sont difficiles à identifier (Sullivan, 2000).

Selon Lacharité et al. (2005), les conséquences de la négligence s'observent par :

- Des risques accrus de souffrir de déficits, de maladies ou de mortalité en lien avec les conditions de vie, de même qu'à l'exposition à certaines substances tératogènes dès la période fœtale.
- Une augmentation des risques d'être victime d'autres formes de maltraitance.
- Des séquelles au plan développemental imputables aux limites parentales. Ces séquelles s'observent dans le développement sensoriel et neurocognitif, l'engagement mutuel et la communication, l'expression et la régulation des affects, l'attachement et les représentations de soi et des autres.

L'isolement de la famille restreint aussi considérablement les probabilités que l'enfant puisse bénéficier d'autres moyens pouvant palier et l'aider à soutenir son développement, notamment en développant des relations positives avec d'autres personnes ou en participant à des activités socio-éducatives à l'extérieur de la famille.

Les enfants négligés sont soumis à différentes formes de privations auxquelles ils doivent constamment s'ajuster : manque de disponibilité affective des figures parentales, difficultés personnelles de leurs parents, conditions de vie difficiles, isolement de la famille, dynamique familiale perturbée, séparations ou placements²⁹. Comme ces difficultés se maintiennent souvent dans le temps, elles entraînent à leur tour d'autres conséquences pour l'enfant.

Malgré les difficultés à déterminer avec exactitude les effets spécifiques de la négligence, certains aspects ont pu être identifiés par Sullivan (2000) dans une revue de la littérature sur le sujet. Le tableau 5 présente ces données qui sont complétées par celles d'autres chercheurs.

²⁹ Les enfants négligés sont placés en plus forte proportion que les enfants suivis pour d'autres motifs. Au CJM, le 10 octobre 2008, 60% des enfants placés en milieu substitut étaient suivis pour de la négligence (Gaumont, 2009).

Tableau 5**Impacts connus de la négligence sur le développement de l'enfant³⁰**

AFFECTIF	Anxiété dans les liens affectifs : très dépendant, intrusif, difficultés avec la séparation, évitement.
	Autonomie en bas âge, pseudo-maturité et tendance à l'inversion des rôles parent-enfant. Cette pseudo-autonomie est accompagnée d'insécurité affective.
	Important manque d'estime de soi, de confiance en eux.
	Sentiment d'être désarmé en situation de stress. Réactions anormales au stress (alternant entre la peur, l'évitement et l'affrontement). (McCain, Mustard, 1999, p. 32).
	Affect négatif (prédominance des émotions négatives) ou affect diminué (difficulté à ressentir une gamme d'émotions). Repli sur soi, apathie, passivité.
	Faible tolérance aux frustrations. Manque d'enthousiasme, démontrent peu de plaisir, de sourires, de rires. Manque de flexibilité, de persistance, de capacités à s'adapter aux circonstances.
SOCIAL	Manque d'habiletés sociales leur permettant d'interagir et de se lier à autrui : pairs, professeurs, adultes significatifs, etc. ou de réussir à l'école. Comportements entraînant un cycle continu d'échecs et de déceptions.
	Comportements sociaux inadaptés : impulsivité, explosivité, agressivité, conduites exploratoires chaotiques, délinquance.
	Peu d'intérêt pour autrui, les jeux, les activités, les objets.
	Agressivité ou délinquance.
COGNITIF	Retard dans le développement cognitif (Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, 1994, p. 152) et limite dans les aptitudes à l'apprentissage ³¹ .
	Manque d'habiletés à conceptualiser.
	Problèmes de concentration, difficultés à persister dans ce qu'ils entreprennent.
	Retard de langage, difficultés au plan verbal, compréhension auditive réduite (problème de traitement de l'information verbale pouvant nuire au développement du langage).
	Problèmes d'apprentissage : retards académiques importants, manque de connaissances générales.
PHYSIQUE	Naissance avant terme et petit poids à la naissance avec des conséquences selon la prématurité ³² .
	Anomalies congénitales liées à la consommation de la mère durant la grossesse (TSAF ³³ ou autre).
	Problèmes de santé ³⁴ ou vulnérabilité (alimentation inappropriée, problèmes médicaux négligés) tout au long de la vie. Signes de malnutrition, surcharge pondérale.
	Croissance plus lente, retard staturo-pondéral, voire un arrêt de croissance.
	Divers retards du développement psychomoteur suite au manque de stimulations.

Source : Sullivan (2000).

³⁰ À moins d'indication contraire, les données proviennent des résultats de l'étude réalisée par Sullivan (2000).

³¹ Cet aspect est en lien avec le développement du cerveau. McCain et al. (1999).

³² Selon l'étude d'Oxman-Martinez, Moreau (2002) réalisée en Montérégie, 11,2% des enfants sont nés avant 37 semaines et 15% sont de petit poids.

³³ Le TSAF, le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, décrit les conséquences pouvant affecter une personne exposée à l'alcool avant sa naissance. Le trouble regroupe à présent les notions de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et de trouble neurodéveloppemental relié à l'alcool (TNDRA), autrefois appelé effets de l'alcoolisation fœtale (EAF).

³⁴ Selon McCain et al. (1999, p. 7), plusieurs problèmes de santé ont pour cause déterminante les expériences vécues entre la conception et l'âge de cinq ans, notamment l'hypertension artérielle, le diabète de type II, et certains problèmes de santé mentale.

Les éléments d'information présentés au tableau 5 illustrent bien à quel point la négligence peut engendrer une atteinte générale au niveau du développement de l'enfant. La pratique clinique nous permet d'affirmer qu'il est fréquent qu'un enfant négligé présente un âge chronologique bien différent de son âge développemental. Pour effectuer une analyse précise de ces différences, il est nécessaire de se référer aux données théoriques portant sur le développement normal qui sont présentées à l'intérieur du *Tronc commun aux programmes d'intervention clinique* (CJM, 2010b).

Tous ces impacts au niveau des différentes sphères du développement se traduisent nécessairement par des conséquences observables sur le comportement général de ces enfants négligés. Ces enfants présentent souvent des troubles de comportement ou des difficultés significatives au niveau de leurs relations sociales. Au CJM, le 10 octobre 2008, on dénombrait un total de 95 jeunes suivis pour des motifs de négligence et placés en centres de service de réadaptation interne, ce qui représentait 33% des jeunes placés dans ces ressources d'hébergement sous la LPJ. Cette proportion est très significative, surtout considérant que 54% des jeunes placés en centres de service de réadaptation interne sous la LPJ étaient suivis seulement en raison de leurs troubles de comportement (Gaumont, 2009).

PARTIE 2 : NOTIONS THÉORIQUES COMPLÉMENTAIRES

Plusieurs notions théoriques permettent de mieux comprendre comment se déroule le développement de l'enfant, ce qui y contribue et ce qui permet de le favoriser. Ces notions ont permis de formuler des hypothèses sur ce qui pouvait être à l'origine des graves séquelles observées chez des enfants vivant dans des milieux désorganisés ou violents, ou qui ont été victimes de différentes formes de maltraitance.

Ces notions permettent aussi de comprendre l'origine des difficultés de certains parents qui présentent des lacunes dans leur disponibilité psychologique à exercer leur rôle parental. Ces parents, tout comme leurs enfants, sont aussi aux prises avec les séquelles de leur passé. Ces notions mettent en évidence la nécessité de travailler avec les enfants et les parents afin que tous reçoivent une aide appropriée.

La section qui suit présente ces principales notions théoriques :

- la théorie de l'attachement;
- les notions concernant le développement du cerveau;
- les notions de traumatismes.

Les notions présentées dans cette section seront utiles à l'intervention auprès de toutes les problématiques de maltraitance. À ce sujet, le lecteur peut se référer au Programme d'intervention en violence familiale du CJM (2007b).

2.1 LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

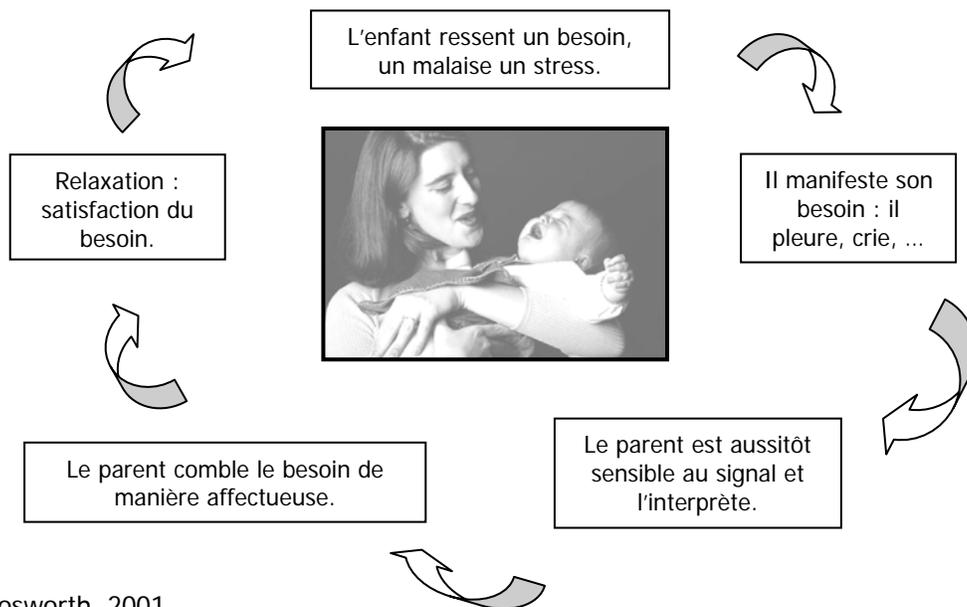
La théorie de l'attachement s'est principalement développée à partir des années 50, notamment suite aux travaux de John Bowlby (1958), puis de Mary D. Ainsworth (1978). Selon cette théorie, créer un lien d'attachement est un besoin primaire, donc essentiel à la survie de l'humain. Ce lien constitue la base du développement social futur de la personne. Ainsi, la difficulté à établir ce lien représente un facteur pathogène très sérieux.

LE DÉVELOPPEMENT D'UN LIEN D'ATTACHEMENT

L'attachement est un lien émotif entre un jeune enfant et son parent (ou son substitut) ayant comme première fonction de favoriser sa proximité physique et affective avec celui-ci pour assurer soin et protection (Bowlby, 1978a); ce lien favorise l'exploration du monde par l'enfant et le développement de son identité (Child Welfare League of America [CWLA], 2004). Toute personne qui s'engage quotidiennement dans une relation animée et durable avec le nourrisson, en répondant à ses approches et à ses signaux lorsqu'il manifeste un stress (faim, fatigue, douleur, maladie) est susceptible de devenir une **figure d'attachement**. La figure 4 illustre le processus permettant le développement d'un lien d'attachement.

Figure 4

Le cycle de l'attachement de la première année de vie



Source : Bosworth, 2001

La relation entre l'enfant et la figure d'attachement se développe de manière interactive, tous les deux s'adaptant à l'autre. D'une part, la figure d'attachement doit avoir la capacité et la volonté de répondre aux besoins de l'enfant, elle doit apprendre à décoder ses besoins spécifiques et interagir avec lui. Cependant, différents facteurs tels le tempérament du bébé, la présence d'un handicap ou les besoins particuliers d'un prématuré, peuvent parfois teinter ses perceptions.

Des facteurs autres peuvent aussi influencer la disponibilité de la figure d'attachement et la qualité des soins. Les principaux sont la relation conjugale, le soutien reçu de la part d'un réseau, la présence de sources de stress, le fonctionnement du système familial, la culture et l'environnement (MSSS, 2005).

La **qualité de la réponse** assurée à l'enfant dans les moments de détresse est l'élément central dans le développement de l'attachement (MSSS, 2005). Quatre facteurs permettent de qualifier la qualité des soins : une réponse **sensible** aux besoins de l'enfant, des interactions impliquant une **proximité** physique et psychologique, un **engagement** à assurer sa sécurité et son développement de même qu'une relation de **réciprocité**. Le tableau 6 présente le détail de chacun de ces facteurs.

Tableau 6**Dimensions de la qualité des soins favorisant l'attachement**

FACTEUR	MANIFESTATIONS
Sensibilité	<ul style="list-style-type: none"> • La détection d'un signal de l'enfant. • L'attribution d'une signification juste et appropriée au signal. • L'application d'une réponse juste et appropriée au signal. • La réponse rapide au signal.
Proximité	<ul style="list-style-type: none"> • Une réponse émotive positive à la grossesse et à l'enfant. • Des contacts physiques parent-enfant chaleureux, fréquents et de longue durée, avec une attention particulière dans les moments de détresse.
Engagement	<ul style="list-style-type: none"> • L'application des principes de la surveillance constante de l'enfant. • La connaissance et l'utilisation des principes et des stratégies de la discipline positive (retrait de privilège, système d'émulation, etc.). • La connaissance des stades de développement de l'enfant.
Réciprocité	<ul style="list-style-type: none"> • La connaissance des caractéristiques individuelles de l'enfant.

Source : MSSS, 2005.

Avec le temps, la relation avec la figure d'attachement représente une base de sécurité à partir de laquelle l'enfant explore son environnement. Lorsque la figure d'attachement fournit du réconfort en assurant une réponse adaptée à l'enfant dans les moments de stress, l'enfant se sent en sécurité. Il n'hésite pas à explorer graduellement son univers puisqu'il comprend qu'il peut obtenir du réconfort en cas de problèmes. L'exploration active et les possibilités que lui offre son environnement permettent à l'enfant d'établir des contacts, de faire des découvertes, de développer ses fonctions cognitives et de socialiser (MSSS, 2005).

La nature de la relation avec la figure d'attachement influence aussi à long terme les représentations de l'enfant. Selon le type de réponse qu'il obtient généralement lorsqu'il manifeste un besoin, l'enfant se construit des modèles qui représentent l'image qu'il se fait de lui-même (méritant plus ou moins d'être aimé) et d'autrui (une perception des autres comme étant plus ou moins sensibles à ses besoins). Cette vision du monde est nommée « modèle opérationnel interne » (M.O.I.)³⁵. Ces modèles teintent les perceptions de la personne qui les généralise ensuite à l'ensemble de ses relations. Le M.O.I. teinte le traitement de l'information, alors que la personne adapte son comportement en fonction de ses expériences passées, ce qui influence ses interactions sociales (Bowlby, 1978b).

Caroline Archer (2007) offre une définition concise du M.O.I. :

« Cartes internes qu'un individu construit sur le monde et sur lui-même à partir de ses expériences (Bowlby). Une fois établies, elles ont tendance à résister au changement puisque les perceptions subséquentes sont « sélectionnées » pour s'adapter à ce qui est attendu. »

Archer, 2007, p. 134.

³⁵ Traduction française de « internal working model ». Certains auteurs utiliseront plutôt l'expression « modèle interne opérant » (M.I.O.), les deux pouvant être utilisées indistinctement.

LES TYPES D'ATTACHEMENT

Les recherches de Ainsworth (1969) ont permis d'identifier trois types d'attachement, soit un de type **sécuré** et deux de type **insécuré** (évitant, ambivalent). Par la suite, Main et Solomon (1990) ont identifié un quatrième type d'attachement, soit l'attachement **insécurisant-désorganisé**.

Lorsqu'il obtient une réponse satisfaisante à ses besoins et que les soins reçus sont de qualité, l'enfant développe un **attachement sécurisant**. Lorsqu'il éprouve des frustrations répétées dans ses tentatives d'obtenir réponse à ses besoins, l'enfant développera un attachement de type **insécurisant**. L'enfant tend à s'ajuster aux réponses obtenues de la part de la figure d'attachement.

« L'enfant choisit les comportements qui lui semblent les plus utiles, dans un contexte spécifique. »

Guedeney et Guedeney, 2006, p. 16.

Ainsi, s'il constate une réaction d'éloignement, de froideur ou de rejet lorsqu'il manifeste ses affects et ses besoins, le nourrisson inhibera ceux-ci pour favoriser le développement d'un système d'attachement qui s'intégrera aux besoins de la figure parentale. Par cette stratégie, il minimise ses demandes, refoulant ainsi ses sentiments, cherchant à soulager la figure d'attachement tout en maintenant le contact. Il se résigne en même temps à ne pas être pleinement protégé ou réconforté par elle. L'enfant dégage alors des apparences extérieures d'indépendance et de force puisqu'il tente d'éviter le rejet. Ces comportements caractérisent le style d'attachement **évitant** (Zeanah, 1996).

Si la figure d'attachement répond à la détresse de l'enfant de façon inconstante et imprévisible, l'enfant développera un style d'attachement **ambivalent**. La séparation génère une anxiété profonde chez l'enfant, et lorsque le parent répond à son besoin, il parvient difficilement à être rassuré. L'enfant recherche le contact et l'interaction avec sa figure d'attachement, tout en y résistant (Ainsworth, 1983). Puisque cet enfant constate qu'il obtient l'attention de sa figure d'attachement qu'en cas de détresse extrême, il augmente progressivement l'intensité de ses signaux, focalisant sur les aspects alarmants de l'environnement et réagissant au moindre indice. Cette stratégie l'empêche toutefois d'explorer (Main 1991; In: Guedeney et al., 2006).

Certaines figures d'attachement manifestent des comportements inhabituels et imprévisibles envers l'enfant. Pour différentes raisons (problème de santé mentale ou autre), elles peuvent être trop craintives face au monde extérieur et/ou faire peur à l'enfant sans raison justifiée. Elles peuvent aussi être carrément maltraitantes face à l'enfant. Ne pouvant obtenir réponse à son besoin de protection, ou se sentant menacé par sa figure d'attachement, l'enfant ne parvient pas à élaborer une stratégie d'attachement cohérente. Il alterne alors entre deux stratégies incompatibles, soit l'interruption ou l'activation des comportements d'attachement. L'enfant adopte ainsi des comportements contradictoires, alternant entre recherche et fuite d'attention, ou en manifestant de la frayeur et des craintes injustifiées. Ces comportements caractérisent le style d'attachement **désorganisé** (Main, Hesse 1990; In: Guedeney et al., 2006).

L'attachement de type désorganisé se retrouve chez 10 à 20% de la population générale (Bisailon, 2008). Selon la revue de littérature effectuée par Bisailon (2008), des études mettent en évidence un lien entre l'attachement désorganisé et la maltraitance. Les

résultats présentés de ces recherches sont cependant variables puisque les taux d'association de la population étudiée s'échelonnent sur une étendue considérable, soit de 32 à 82%. On peut néanmoins concevoir que, lorsque la figure d'attachement maltraite l'enfant, ses comportements sont bien différents de ceux qualifiés de sensibles, ce qui entraîne nécessairement des conséquences néfastes pour l'enfant.

Il semble exister une continuité dans le type d'attachement entre l'enfance et l'âge adulte, bien qu'il puisse se modifier suite à de nouvelles expériences émotionnelles, ou suite à la réinterprétation des expériences de vie. L'attachement adulte est déterminé à partir de la perception que la personne conserve de ses expériences d'enfance avec ses figures d'attachement, sans égard à leur nature objective (Bretherton, 1997; In: Pierrehumbert, Miljkovitch, 2000).

Les types d'attachement sont identifiés de manières distinctes pour les enfants et pour les adultes. Chez les adultes, ce sont : l'adulte **autonome**, l'adulte **minimisant**, l'adulte **préoccupé** et le type **non résolu** (George, Kaplan, Main, 1984; In: Zeanah, 1996).

Le type d'attachement de l'adulte a une influence importante sur l'exercice du rôle parental. Selon que la figure d'attachement est plus ou moins aux prises avec les séquelles de son passé, et qu'elle se défend de reconnaître ses affects négatifs, elle verra sa sensibilité à percevoir et à répondre aux besoins de l'enfant affectée. Ces facteurs entraînent à leur tour la mise en place de conditions favorisant le développement de types particuliers d'attachement chez l'enfant (Zeanah, 1996). Le processus est présenté au tableau 7.

Tableau 7

Liens entre le type d'attachement de la figure parentale et celui de l'enfant

	Expériences d'enfance du parent	Réponse aux besoins de l'enfant	Comportements de l'enfant face au parent	Perception des relations intégrée par l'enfant	
Parent autonome	<ul style="list-style-type: none"> Il peut décrire de manière intégrée et cohérente ses expériences d'enfance. Il peut rendre compte de façon directe et nuancée de l'impact que son enfance a eu sur son développement. Il est parvenu à mettre en perspective son expérience, ce qui l'aide à éviter de répéter les mêmes modèles. 	<ul style="list-style-type: none"> Ils sont reconnus par le parent qui y répond avec chaleur et sensibilité adéquate. 	<ul style="list-style-type: none"> La présence sécurisante du parent l'amène à explorer l'inconnu sans trop d'inquiétudes. Il fait appel à lui lorsque l'anxiété dépasse un certain seuil. Il explore et revient périodiquement à son parent. 	<ul style="list-style-type: none"> Je peux faire confiance aux autres et me fier sur eux. Je suis aimable, sensible et intéressant. Mon univers est sûr. Mes besoins méritent d'être comblés. 	Enfant sécurisé
Parent minimisant	<ul style="list-style-type: none"> Il minimise ou nie l'impact de son enfance. Il met à distance ses expériences douloureuses d'enfance. Il tente de démontrer avec force une autonomie qui lui permet, selon lui, de triompher d'un passé désormais révolu dont il dit ne porter aucune trace. 	<ul style="list-style-type: none"> Ils sont refusés ou repoussés, surtout à des moments où l'enfant est en détresse. Le rejet varie d'un subtil désengagement à une franche aversion manifestée par le parent. Il valorise la pseudo-autonomie de l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant fait rarement appel à son parent. Il explore l'inconnu de façon défensive. Il feint l'indépendance face à son parent. 	<ul style="list-style-type: none"> Les autres ne sont pas disponibles et me rejettent, je dois me protéger et vivre sans leur soutien. Si je prends soin des autres et nie mes propres besoins, je serai apprécié. 	Enfant évitant
Parent préoccupé	<ul style="list-style-type: none"> Il est enchevêtré dans ses expériences d'enfance et éprouve parfois des élans de colère face à sa famille. Il ne peut pas donner un sens à ses expériences d'enfance. Il est aux prises avec des souvenirs douloureux qui refont surface à des moments inattendus. 	<ul style="list-style-type: none"> Ses propres besoins l'empêchent de percevoir clairement ceux de son enfant. Ses réponses sont souvent incohérentes, il est tantôt réceptif, tantôt ignorant des besoins. Elles entraînent de la colère ou de l'anxiété chez l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> Il est bouleversé ou perturbé lorsqu'il est séparé de son parent mais n'est pas facilement réconforté lorsqu'il est avec lui - peut alors aussi manifester de la colère. Recherche le contact avec le parent tout en l'évitant. Il hésite à explorer son environnement. 	<ul style="list-style-type: none"> Les autres sont imprévisibles : parfois aimants et protecteurs, parfois hostiles et <i>rejetants</i>, ce qui me rend anxieux ou en colère. Je n'ose pas explorer, je crains alors de rater une occasion de recevoir de l'amour et de l'affection. Si j'arrive à percevoir les autres et à obtenir une réaction de leur part, mes besoins seront comblés. 	Enfant ambivalent
Parent non résolu	<ul style="list-style-type: none"> Il n'a pas résolu ses deuils ou ses traumatismes. Il présente des signes de confusion en rapport avec la perte d'une figure d'attachement. 	<ul style="list-style-type: none"> A tendance à susciter de l'effroi chez l'enfant. À l'extrême, il peut même faire preuve de négligence importante ou de violence. 	<ul style="list-style-type: none"> Il reste immobile pendant quelques temps lorsqu'il retrouve son parent. Il démontre de la confusion ou de la peur lorsqu'il est avec lui. Il s'éloigne de son parent en cas de détresse. Il se cache après la séparation. Évitement très évident, ambivalence ou résistance très marquée face au parent. 	<ul style="list-style-type: none"> Le parent semble parfois très content d'être avec moi et à d'autres moments, très en colère contre moi sans que j'en comprenne les raisons. Les autres ont un comportement abusif. Je ne parviens pas à obtenir réponse à mes besoins et je ne sais pas comment me protéger. Je suis désespéré, je dois me créer mon propre monde. 	Enfant désorganisé

Source : Les données sont inspirées des descriptions faites par Zeanah (1996) et celles de l'Agence de la santé publique du Canada (2002).

L'enfant ayant vécu des perturbations dans l'établissement de son lien d'attachement peut dans certains cas développer un trouble de l'attachement. C'est l'attachement de type désorganisé désorienté qui est le plus fréquemment associé au développement d'un trouble de l'attachement (Fonagy, 2001; In: St-Antoine et Rainville, 2004).

Notons qu'il existe quelques typologies permettant d'identifier les troubles d'attachement. Ces différentes appellations traduisent toutefois une réalité similaire. À l'heure actuelle, la classification qui fait consensus est celle du DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). Conformément à ce manuel de classification des troubles mentaux, les médecins posent leurs diagnostics en termes de « Trouble réactionnel de l'attachement (T.R.A.) ».

D'autres classifications sont aussi utilisées. Certains auteurs, dont Zeanah et Boris (2000), Steinhauer (1999), Lieberman et Zeanah (1995), tel que rapporté par St-Antoine et al. (2004), travaillent à raffiner les typologies des troubles de l'attachement, travaux qui permettront éventuellement de s'entendre sur des classifications plus pointues.

2.2 LE DÉVELOPPEMENT DU CERVEAU³⁶

Nous venons de le voir, la qualité des soins reçus depuis la naissance a une influence déterminante sur le développement de l'enfant. Depuis plus d'une dizaine d'années, l'arrivée de recherches en neuroscience dans le domaine de la maltraitance permet de réaliser l'ampleur des conséquences possibles.

Les recherches ont permis de démontrer que le manque important de stimulations provenant de l'environnement a une incidence directe sur le développement du cerveau. À la différence des autres organes, celui-ci poursuit sa maturation longtemps après la naissance (McCain et al., 1999).

Ainsi, par exemple, les interactions avec la figure d'attachement permettent à l'enfant de développer son langage. L'enfant commence par babiller, puis il reproduit les sons qui lui sont répétés, puis les mots. La stimulation continue permet au cerveau d'établir des câblages ou des connexions neuronales, de bien les roder, puis d'en établir d'autres à mesure que le langage se développe puis se maîtrise. Il en va de même pour la plupart des autres fonctions (vision binoculaire, comportement d'excitation et de maîtrise des émotions plus particulièrement) (McCain et al., 1999).

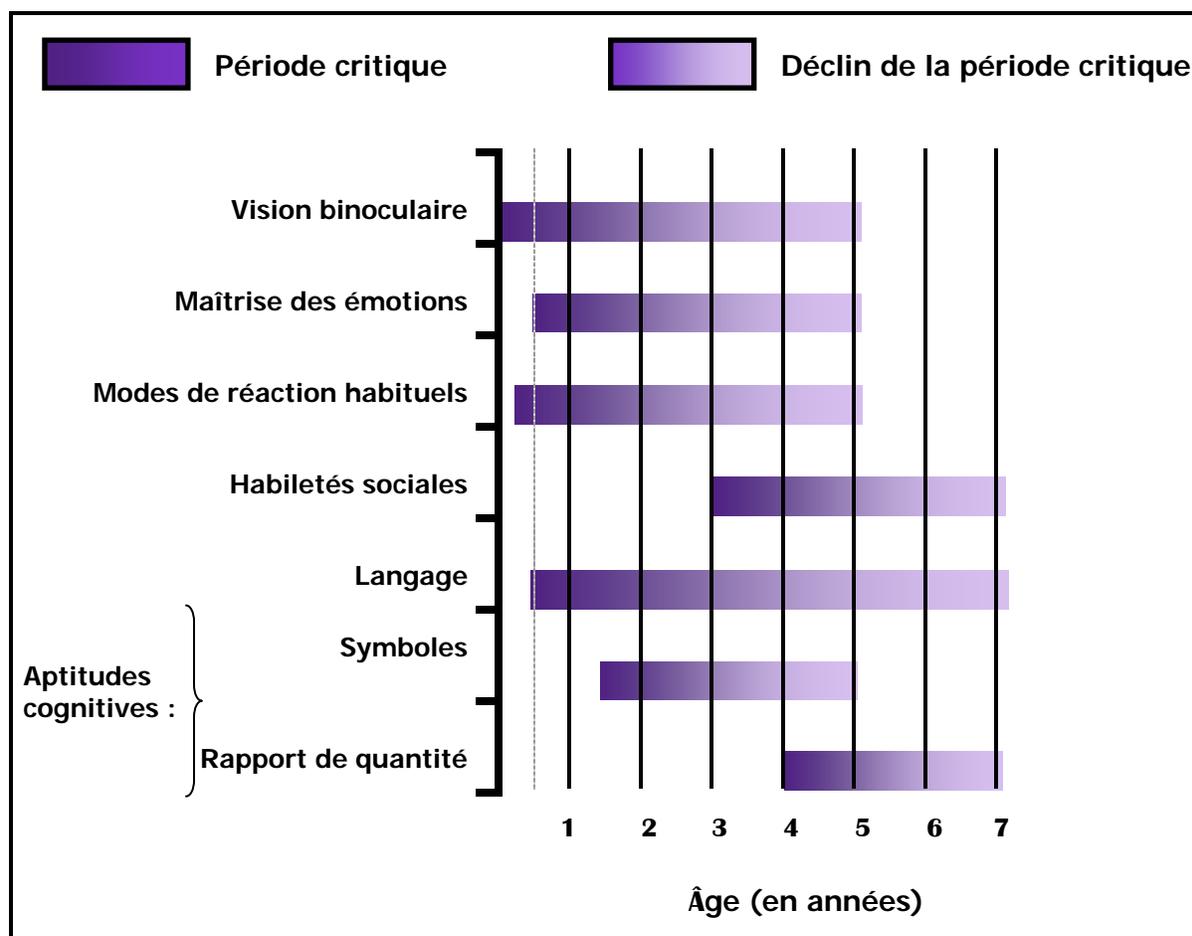
Les différentes zones du cerveau responsables des fonctions spécifiques se développent, s'organisent, et deviennent pleinement fonctionnelles à des moments déterminés. C'est la stimulation répétée qui assure ce développement. Ce processus se produit à la condition qu'il y ait stimulation lors de périodes dites sensibles ou critiques. Les premières années sont décisives, puisqu'à partir de 6 ans, la plupart des périodes critiques sont en déclin ou révolues (Doherty, 1997; In: McCain et al., 1999).

La figure 5 présente quelques-unes de ces fonctions avec la période critique de développement et de fonctionnement du cerveau qui lui est associée (Doherty, 1997; In: McCain et al., 1999).

³⁶ Nous remercions Nicolas Plante, neuropsychologue, pour sa contribution à l'élaboration de cette section du présent ouvrage.

Figure 5

Périodes critiques du développement et du fonctionnement du cerveau pour certaines fonctions



* Régulation entre 3 et 12 mois.

Si l'enfant ne reçoit pas la stimulation nécessaire pour le développement de la fonction lors de la période critique, la fonction en souffrira et, dans certains cas extrêmes, peut même ne pas se développer. Lorsque des connexions neuronales ne s'établissent pas, la personne présente des vulnérabilités à long terme. Si la stimulation appropriée est entreprise suffisamment tôt, la personne pourra rattraper les retards. Par contre, passé la période critique, le développement paraît définitivement compromis. La personne peut parvenir à compenser pour les lacunes par un travail de stimulation intensive, mais elle n'accèdera pas à son plein potentiel (Perry, 2004).

Certaines études suggèrent également que les comportements d'attachement effectués entre la mère et l'enfant activent des zones cérébrales particulières. Par exemple, les mères qui échangent des comportements positifs (exemple : sourire) avec l'enfant activent chez lui la zone orbitofrontale (Minagawa-Kawai, Matsuoka, Dan, Naoi, Nakamura, Kojima, 2009). Le développement de cette zone est particulièrement important pour la maîtrise des émotions. En effet, le cortex orbitofrontal est la partie du cerveau qui nous permet de retarder des gratifications immédiates pour obtenir des gains à long terme et est particulièrement importante dans l'acquisition d'une récompense (Dubuc, s.d.).

Puisque le cerveau se développe du simple au complexe, la négligence sévère en bas âge affecte le développement de zones cérébrales responsables des fonctions de base, avec des

conséquences négatives sur le développement ultérieur des fonctions plus complexes. De même, la négligence à long terme affecte davantage de zones cérébrales que la négligence à court terme (Perry, 2004).

L'évaluation neuropsychologique permet de démontrer combien les fonctions cognitives sont affectées par la maltraitance. De nombreuses séquelles sont observées, bien que les déficits diffèrent selon la forme et l'intensité de la maltraitance (Nolin, 2004).

Nolin (2004) a répertorié un éventail de conséquences, constatant les déficits les plus sérieux chez les enfants ayant été à la fois négligés et victimes de violence physique. Des déficits peuvent être observés dans l'endurance, le langage, les fonctions intellectuelles, la dextérité manuelle, l'attention tant en modalité visuelle qu'auditive³⁷, la mémoire de travail³⁸, la mémoire d'apprentissage en mode verbal³⁹, les fonctions visuographiques⁴⁰ et les fonctions exécutives⁴¹.

Ces données de recherches soulignent l'importance des programmes de stimulation intensive, ou dans les cas plus graves, de « remédiation cognitive »⁴² pour ces enfants (Nolin, 2004). Ces connaissances permettent aussi d'envisager des moyens particuliers de les accompagner dans le processus d'apprentissage afin de tenir compte de leurs déficits particuliers (mémoire ou capacités d'attention notamment).

À ces données s'ajoutent aussi les conséquences reconnues de l'exposition au stress lié au climat familial. L'exposition prolongée au stress au début de la vie (privation de contacts physiques, exposition à la violence, maltraitance) influence aussi le câblage du cerveau, provoquant une perturbation de la capacité à réguler les fonctions physiologiques de l'organisme. L'enfant tend à conserver des niveaux élevés d'hormones de stress, ce qui modifie son aptitude à maîtriser ses réactions au stress, avec un effet à long terme sur ses capacités d'adaptation, au détriment du fonctionnement rationnel, sur la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives (Nolin, 2004).

Ces enfants sont davantage enclins à adopter des réactions d'impuissance, de retrait, de confusion ou de rage en situation de stress. Plus tard dans l'enfance ou à l'adolescence, on constate des conséquences sur les zones responsables du développement de la régulation des émotions, des comportements, des connaissances, de la conscience et sur le développement de l'identité (Cook, Spinazzola, Cheryl Lanktree, Blaustein, Sprague, Cloitre, De Rosa, Hubbard, Kagan, Liautaud, Mallah, Olafson, Van der Kolk, 2007).

Ces données de recherches démontrent que « l'augmentation des connexions entre les neurones, donc de l'efficacité cognitive qui en découle, est directement liée à la qualité des stimulations de l'environnement » (Nolin, 2004, p. 267). L'identification des séquelles possibles de la maltraitance sur le plan neuropsychologique souligne l'importance de bien évaluer le contexte de vie de ces enfants (facteurs de stress ou maltraitance passée ou actuelle) pour en apprécier toutes les conséquences éventuelles.

³⁷ Écouter le contenu d'une conversation et être en mesure de faire des liens entre les diverses parties. Ainsi, si la consigne est trop longue, ces enfants perdent des données. Ils ont de la difficulté à suivre en classe ou même lors des entretiens dans la relation d'aide. On dit d'eux « Il n'écoute pas, il ne suit pas ce que je lui dis ».

³⁸ Stocke des informations temporaires et, d'autre part, effectue un traitement de l'information.

³⁹ Permet de retenir de l'information transmise verbalement.

⁴⁰ Réfère à la capacité de copier des figures géométriques.

⁴¹ Permet de planifier, d'organiser et d'adapter les comportements en fonction d'un but. Permet aussi d'inhiber certains comportements jugés inappropriés.

⁴² La remédiation cognitive tente de rétablir les fonctions ou de compenser pour les déficits par de l'entraînement intensif.

2.3 NOTIONS DE TRAUMATISMES (Éthier et al., 2008; Cook et al., 2007)

Depuis quelques années, Éthier et al. (2008) se sont attardés aux facteurs de risque associés à un suivi à long terme des situations de négligence chronique en protection de la jeunesse. Les résultats de recherches leur ont permis d'établir que la majorité de ces parents (des mères en fait) avait vécu des événements traumatisants durant leur enfance.

Ces résultats soulignent l'importance de s'attarder à l'histoire individuelle des parents, notamment pour y déceler la présence de traumatismes non résolus depuis l'enfance. Les traumatismes non résolus ont un impact considérable sur le fonctionnement général de l'individu et par conséquent, sur la disponibilité psychologique à exercer le rôle parental.

Un traumatisme peut survenir après qu'une personne ait été exposée à un événement ayant menacé son intégrité physique et psychologique. Il provoque de vives réactions durables, lesquelles mettent en cause l'équilibre de la personne (Éthier et Lacharité, 2008).

Si, dans le passé, on a cru que les expériences de violence étaient les seules potentiellement traumatisantes, on croit à présent que la négligence chronique peut aussi être source de traumatismes (Éthier et al., 2008; Éthier et al., 2006). Le stress associé à une relation parent-enfant dysfonctionnelle (De Bellis, 2005; In: Éthier et al., 2008), de même que le fait d'évoluer dans un milieu familial désorganisé et imprévisible (Éthier et al., 2006), sont des éléments pouvant être traumatiques. Ainsi, ce que vivent certains enfants peut largement surpasser leur capacité d'adaptation (Éthier et al., 2008).

Les événements traumatiques peuvent engendrer des réactions psychologiques variées, selon leur intensité. À une extrémité du continuum se retrouvent les événements uniques vécus par une personne n'ayant pas de difficultés importantes dans sa vie. Les événements chroniques multiples vécus depuis la petite enfance, se situent à l'autre extrémité de ce continuum. Diverses formes de stress et de traumatismes sont identifiées (Éthier et al., 2008; Éthier et Lacharité, 2008).

Le **stress** est une réaction de défense immédiate, physiologique à un événement. En général, il provoque une réaction à court terme suite à laquelle la personne s'adapte. Par contre, lorsque la situation se prolonge et que le stress est élevé et continu, il peut provoquer un épuisement physique et psychologique sévère (Sparrow, 2007; In: Éthier et Lacharité, 2008).

Les **traumatismes** sont provoqués par des événements hors de l'ordinaire, c'est-à-dire qu'ils n'ont rien à voir avec les incidents quotidiens. Les traumatismes provoquent de vives réactions émotionnelles mettant en cause l'équilibre de la personne. Un événement pourra entraîner un traumatisme selon les perceptions que s'en fait l'individu, selon l'individu lui-même et selon les conditions entourant cet événement (Éthier et Lacharité, 2008).

DIFFÉRENTES FORMES DE TRAUMATISMES SONT IDENTIFIÉES :

- L'**état de stress post-traumatique**⁴³ est défini dans le DSM-IV (APA, 1994). Il peut survenir suite à l'exposition à un événement portant atteinte à l'intégrité physique de la personne⁴⁴. On croit aussi qu'une atteinte à l'intégrité psychologique de la personne (entraînant la peur, l'impuissance ou l'horreur) ou une situation de stress chronique persistant peut également entraîner un état de stress traumatique (Zero to Three, 1994).

Lorsqu'elle est atteinte d'un état de stress post-traumatique, la personne revit l'événement traumatisant, demeure dans un état d'hypervigilance et évite les stimulus associés au traumatisme.

- Le **traumatisme relationnel** fait référence aux situations où la relation parent-enfant est dysfonctionnelle, soit parce que le parent induit des états traumatiques chez l'enfant (manifestation de comportements impulsifs, conduites intrusives ou effrayantes face à l'enfant), ou parce qu'il n'est pas en mesure de le protéger, l'exposant ainsi à divers dangers (Éthier et al., 2008).

Le traumatisme relationnel vise également les situations où le parent et l'enfant présentent tous les deux des symptômes de traumatismes. L'événement traumatisant peut être le même, mais la plupart du temps, il s'agit d'incidents différents (Éthier et al., 2008).

Le parent a vécu un traumatisme dans le passé, sans être parvenu à en intégrer les conséquences, ce qui nuit à la disponibilité psychologique indispensable pour l'exercice de son rôle parental. L'enfant est affecté par un événement traumatique, mais ses symptômes sont accentués par la réponse offerte par le parent, qui est lui-même affecté par ses propres symptômes (Scheeringa, Zeanah, 2001; In: Éthier et al., 2008).

- Les réactions de **traumatisme complexe** (Cook et al., 2007) s'observent chez les enfants exposés à des événements traumatiques multiples dans la relation avec les figures parentales. L'enfant est face à un conflit où la figure d'attachement est à la fois source de réconfort et source de menace. Les ressources de l'enfant se trouvent alors mobilisées pour sa survie, plutôt que pour son développement. Être victime de mauvais traitements psychologiques, de négligence chronique, d'abus physiques ou sexuels durant une longue période peut entraîner un traumatisme complexe.

Une revue de la littérature réalisée par Cook et al. (2007) a permis de dégager sept domaines de perturbations chez les enfants aux prises avec un traumatisme complexe. Le tableau 8 présente ces perturbations avec leurs conséquences sur le développement de l'enfant.

⁴³ Seul un médecin peut poser un tel diagnostic.

⁴⁴ Par exemple, avoir vécu, été témoin ou confronté à un événement impliquant la mort, une menace de mort, des blessures sérieuses ou une menace à l'intégrité physique.

Tableau 8

**Exposition à un traumatisme complexe :
conséquences sur le développement de l'enfant**

PERTURBATION	CONSÉQUENCES
Troubles de l'attachement	Lorsque la personne qui donne les soins a des attitudes intrusives, ou suscitant le rejet, qu'elle se montre hostile ou abusive, la relation est source de traumatisme. Ces comportements ont un impact à long terme sur les capacités d'adaptation de l'enfant, tel que décrit à la section 1.3.1 sur la théorie de l'attachement.
Développement du cerveau	L'exposition à des traumatismes, à la maltraitance ou au stress intense en bas âge influence le câblage du cerveau, tel que décrit à la section 1.3.2 sur le développement du cerveau.
Régulation des affects	Lorsque l'enfant a peu ou pas d'interactions positives avec sa figure d'attachement, il éprouvera par la suite de la difficulté à reconnaître ses différents états émotionnels, à exprimer ses émotions, à s'autoréguler et à s'apaiser. La carence dans les soins peut entraîner de la dépression, de la dissociation, de l'anxiété, de l'évitement ou des stratégies non adaptées (consommation abusive par exemple) pour composer avec ses émotions.
Dissociation	Une des réactions caractéristiques suite à un traumatisme complexe. Malgré qu'il puisse d'abord s'agir d'une réaction de protection, le mécanisme peut s'installer et devenir problématique, avec des conséquences sur la capacité à réguler les comportements et les affects et des problèmes dans la conception de l'identité. La personne présente notamment des altérations dans les niveaux de conscience, une dépersonnalisation (sentiment de ne plus se reconnaître soi-même) (Petit Larousse illustré, 2007), une déréalisation (sentiment d'étrangeté, de perte de la familiarité avec l'environnement) (Petit Larousse illustré, 2007) et des difficultés à se souvenir d'événements (Éthier et al., 2008).
Régulation des comportements	Ces enfants ont développé des réactions défensives permettant de s'adapter à leur milieu de vie, alors qu'ils vivaient un niveau élevé de stress. Ils peuvent démontrer des comportements d'obéissance excessive, ou à l'inverse des comportements agressifs ou des troubles oppositionnels.
Développement cognitif	Les traumatismes de même que les privations sensorielles et affectives nuisent particulièrement au développement cognitif. Ces enfants présentent des difficultés notamment dans le langage, la résolution de problèmes, le raisonnement abstrait ou des déficits de l'attention.
Développement de l'identité	La relation avec la personne qui donne les soins depuis la petite enfance a une influence considérable sur le développement de l'identité. Ces enfants éprouvent beaucoup de difficultés à percevoir leurs compétences, ils se sentent impuissants, faibles et ne se sentent pas aimables.

Source : Cook et al., 2007.

En établissant un lien entre la négligence et les traumatismes, les recherches récentes permettent de mieux comprendre ce que vivent ces enfants, mais aussi ce qui peut affecter leurs propres parents. On comprend mieux combien ils peuvent avoir de la difficulté à se montrer disponibles psychologiquement pour exercer leur rôle parental. Ces recherches démontrent à nouveau la nécessité de travailler à la fois avec les enfants et les parents, considérant notamment que les séquelles des traumatismes sont parmi les principaux facteurs de risque de la négligence chronique (Éthier et al., 2006).

PARTIE 3 : PROBLÉMATIQUES PARENTALES ASSOCIÉES À LA NÉGLIGENCE

Dans les situations de négligence, les parents sont très souvent aux prises avec d'autres problématiques. Leur cooccurrence avec la négligence présente des défis particuliers pour l'intervention en plus d'exposer les enfants à davantage de risques pour leur sécurité et leur développement. Les principales problématiques rencontrées sont :

- Les problèmes de dépendance.
- Les troubles de santé mentale.
- La déficience intellectuelle.

Il est important de souligner que dans ces contextes d'intervention plus particuliers, lorsque d'autres problématiques entrent en ligne de compte pour expliquer la négligence vécue par ces familles, il est d'autant plus essentiel de miser sur une approche interdisciplinaire et intersectorielle en dehors du MSSS. Ainsi, en travaillant en collaboration avec les différents partenaires des autres établissements spécialisés auprès de ces problématiques, on augmente les chances que l'intervention soit pleinement efficace, que le parent se sente davantage compris, et que l'intervention soit perçue comme étant moins menaçante.

3.1 NÉGLIGENCE ET DÉPENDANCES⁴⁵

La dépendance est une perte de contrôle au niveau de la consommation de substances psychoactives ou des habitudes de jeu. Elle mène à un trouble ou à une détresse, se manifestant par des symptômes identifiés à partir des critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994).

Des études effectuées dans les milieux de protection de la jeunesse en Amérique du Nord rapportent qu'entre 50 à 70% des situations de maltraitance sont associées à un problème de dépendance chez le parent (Camp, Finkelstein, 1997; Stevens, Arbiter, 1995; Murphy et al., 1991; In: Couture, Fillion-Bilodeau, Kokin, Legault, Brown, 2008). Ainsi, en 2006, le Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire constatait que 60% des signalements en négligence étaient associés à la consommation de substances par les parents, la proportion passant à 63% lorsque les enfants ont moins de 5 ans (Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire [CJM-IU], 2006).

Le quotidien des familles aux prises avec une double problématique de négligence et de dépendance est affecté par une multitude de perturbations, ce qui entraîne des situations plus complexes.

Ces familles vivent dans des conditions économiques précaires (chômage ou aide sociale) et sont isolées socialement (Chamberland, Léveillé et Trocmé, 2007). Leurs relations conjugales sont empreintes de violence et de ruptures. De plus, les parents sont souvent impliqués dans des activités criminelles en lien avec la consommation (prostitution, vente de drogue, vol, fraude) (Mayer, Lavergne, Guyon, Gemme, Trocme, Girard, 2005)⁴⁶.

⁴⁵ Nous remercions Guylaine Sarrazin du centre de réadaptation en dépendance Le Virage pour sa contribution à l'élaboration de cette section du présent ouvrage.

⁴⁶ Selon l'étude d'incidence québécoise (EIQ), la consommation est liée à la violence conjugale (41,7%), aux activités criminalisées (32,2%) et aux problèmes de santé mentale (31,3%).

L'effet des substances psychoactives⁴⁷ (altération du jugement, de l'attention, de la mémoire, insomnie, dépression), de même que les problèmes et le mode de vie associés à la consommation nuisent à l'exercice du rôle parental. Ces parents peuvent alors se montrer moins disponibles (supervision inadéquate, manque d'échanges et d'implication positive, soins de moindre qualité, manque de stimulation, attentes irréalistes à l'endroit du bébé), plus autoritaires (utilisation plus marquée des menaces et des punitions), moins cohérents, ou encore faire preuve de mauvais traitements psychologiques (humiliation, menaces, rejet) ou physiques envers l'enfant (Couture et al., 2008; Bertrand et Ménard, 2006). À l'opposé, ils peuvent aussi ressentir de la culpabilité face à leur consommation, les rendant trop tolérants face aux comportements de l'enfant. Leur capacité à « gérer le quotidien » (préparation des repas, habillement approprié, entretien ménager) peut aussi être altérée (Chamberland et al., 2007).

Par ailleurs, un abus de substance significatif et fréquent peut entraîner les parents toxicomanes à développer des traits de personnalité inadaptés, tels des problèmes d'irritabilité, d'impulsivité et d'agressivité et ce, même lorsqu'ils ne sont pas en état de consommation. Ces manifestations peuvent être particulièrement plus notables dans un contexte où ils sont en état de sevrage.

Les enfants de ces parents subissent des conséquences principalement sur le plan cognitif (retards langagiers, quotient intellectuel inférieur à la moyenne, troubles d'apprentissage, retards et décrochage scolaire) ou socioaffectif (problèmes intériorisés tels que anxiété ou dépression, et problèmes extériorisés tels que hyperactivité, agressivité, troubles du comportement, dépendance). Ces conséquences peuvent se manifester tout au long de leur vie (Chamberland et al., 2007; Bertrand et al., 2006). Notons toutefois que ces enfants ne sont pas tous exposés aux mêmes facteurs de risque, lesquels peuvent varier considérablement selon la situation.

En Amérique du Nord, on reconnaît généralement que la consommation d'alcool pendant la grossesse est à proscrire, peu importe la fréquence et la quantité, puisque même le plus faible niveau de consommation augmente les risques d'anomalies congénitales (Martinez-Frias, Bermejo, Rodriguez-Pinilla, Frias, 2004; In: Couture et al., 2008). L'alcool est responsable d'une des plus graves conditions pour l'enfant à naître, le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF⁴⁸), l'une des causes non génétiques les plus communes de retard intellectuel.

D'autres recherches, de même que l'expérience clinique, suggèrent aussi des effets néfastes suite à l'exposition prénatale aux autres substances psychoactives. Ces conséquences sont notamment : la prématurité, avortement spontané, un faible poids à la naissance, le syndrome de mort subite du nourrisson, un retard de croissance intra-utérine, des troubles neurologiques et du système nerveux central, décollement placentaire, souffrance fœtale, complication à l'accouchement (Whiteside-Mansell, Crone, Connors, 1999; In: Couture et al., 2008; Lecompte, Perreault, Venne, Lavandier, 2002; Franchitto, Peyrefort et Tellier, 2000).

⁴⁷ Les substances psychoactives comprennent l'alcool, les drogues et les médicaments. Elles ont un effet sur le système nerveux central en modifiant l'humeur, les perceptions, les sensations, les attitudes et les comportements, en plus d'altérer la mémoire et les fonctions cognitives.

⁴⁸ Le TSAF décrit les conséquences pouvant affecter une personne exposée à l'alcool avant sa naissance. Le trouble regroupe à présent les notions de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et de trouble neurodéveloppemental relié à l'alcool (TNDRA), autrefois appelé effets de l'alcoolisation fœtale (EAF).

Toutefois, même si l'on peut affirmer que toutes ces autres substances psychoactives entravent le développement optimal du fœtus, cela demeure difficile à démontrer de façon précise (Arendt Angelopoulos et al., 1999; Singer, 1999; Lutiger et al., 1991; In: Lecompte et al., 2002). Les résultats de recherches sur l'effet de l'exposition prénatale à ces autres substances sont souvent mitigés et ne permettent pas de tirer des conclusions formelles sur le risque (Couture et al., 2008).

De plus, plusieurs facteurs contribuent à compliquer l'identification de l'impact réel de la consommation (Lecompte et al., 2002) :

- Les femmes étant souvent polyconsommatrices (cigarettes, alcool et drogues), l'effet spécifique des substances devient difficile à discerner.
- Le style et les conditions de vie des mères peuvent avoir un impact sur leur santé et sur la grossesse (état de santé, hygiène, alimentation).
- L'étape de la grossesse durant laquelle la consommation a lieu peut avoir un impact différent sur le développement du fœtus.
- Les caractéristiques de la substance consommée peuvent en varier l'effet, d'autant plus que les drogues sont souvent coupées avec d'autres substances. Le mode de consommation en varie les effets, tout comme il peut aussi entraîner des risques d'infection (hépatite, VIH).

Ces constats soulignent l'importance d'assurer une rigueur clinique lors de l'analyse des situations, surtout considérant que les effets de l'exposition aux substances méritent d'être davantage étudiés.

Notons par ailleurs que les conséquences pour le nouveau-né de la consommation intra-utérine (excluant le TSAF) peuvent être exacerbées ou se résorber, selon la qualité du maternage offert (Bertrand et al., 2006). De même, l'exercice des responsabilités parentales peut à la fois contribuer à aider les personnes dépendantes dans leur processus de changement tout comme elles peuvent constituer un facteur pouvant les mener à rechuter ou à consommer davantage.

De manière générale, ces parents ont souvent besoin d'aide pour apprendre à développer leurs compétences parentales. Ils doivent cependant en même temps apprendre à mieux gérer ce qu'ils vivent, étant souvent exposés à différentes sources de stress pouvant entraîner épuisement, détresse et éventuellement de la maltraitance (Bertrand et al., 2006).

Ils sont aussi confrontés à leurs difficultés personnelles, présentant souvent une histoire de maltraitance durant l'enfance, des problèmes de santé mentale⁴⁹, de santé physique ou une déficience intellectuelle (Chamberland et al., 2007).

Pour aider à mieux saisir les difficultés présentées par le parent, l'intervenant peut avoir recours à un outil de repérage, par exemple le CAGE AID⁵⁰ (Brown, Leonard, Saunders, Papanoulis, 1998; Ewing, 1984) et le LIE-BET⁵¹ (Johnson, Hamer, Nora, Tani, Eisenstein, Engelhart, 1997) et de détection, par exemple le AUDIT⁵² (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, Monteiro, 2001) et le

⁴⁹ Selon Couture et al. (2008), on note principalement de la dépression, des traits antisociaux, un niveau élevé de stress et d'anxiété et des idéations suicidaires.

⁵⁰ Outils de repérage pour les problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Le CAGE-AID est une adaptation du CAGE (le DETA). Une traduction française des questions du CAGE existe dans Fernandez, Amagnier, Bonnet, Guinard, Pedinielli et Preau (2005).

⁵¹ Outils de repérage pour les problèmes de jeux compulsifs.

⁵² Outils de détection pour mesurer le niveau de risque associé à une consommation d'alcool.

DAST-20⁵³ (Alexandre, Labrie, Rouillard, 2005)⁵⁴. Cette démarche lui permettra d'établir s'il s'agit d'une consommation à risque ou problématique, et si une référence vers une ressource spécialisée est nécessaire. Lorsque le parent accepte de recevoir ce type d'aide, compte tenu de leurs compétences, ces ressources tenteront de composer avec la réceptivité au changement du parent, malgré les résistances manifestées. Dans cette optique, l'intervention brève de type motivationnelle⁵⁵ permet de favoriser la mobilisation et l'engagement dans un traitement, mais également la diminution de la consommation (Couture et al., 2008).

Mentionnons également que, malgré que la consommation de substances psychoactives retienne davantage l'attention, l'exposition au tabac a elle aussi des effets néfastes connus sur le développement du fœtus et de l'enfant. Des recherches récentes colligées par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (2008) établissent que la consommation de tabac pendant la grossesse diminue la quantité d'oxygène disponible pour le fœtus, ce qui nuit à sa croissance, au développement du cœur, du cerveau et de plusieurs autres organes, et augmente le risque de fausse couche et d'accouchement prématuré. Exposés à la fumée secondaire du tabac, les bébés sont plus à risque de développer des problèmes respiratoires (dont l'asthme), de même que des infections (par exemple l'otite) ou le syndrome de la mort subite du nourrisson. Durant l'enfance ou l'adolescence, on note une fréquence plus élevée de problèmes de comportement, d'attention, d'impulsivité, d'hyperactivité, de criminalité et de toxicomanie. Sans prétendre que la consommation de tabac durant la grossesse soit associée à une problématique de négligence parentale, il est tout de même possible d'affirmer que cela représente un comportement négligent de la part du parent.

Par ailleurs, les problèmes de jeu compulsif peuvent également être associés à de la négligence parentale. Les symptômes pouvant être associés à cette dépendance (stress, anxiété, dépression, problèmes de sommeil, problèmes financiers ou conjugaux, idées suicidaires, etc.) peuvent engendrer des conséquences chez les enfants de ces parents (Vitaro et al., 2006).

D'autre part, un phénomène récent préoccupe de plus en plus les intervenants. Certains parents passent beaucoup de temps devant leur ordinateur à naviguer sur Internet ou à jouer à des jeux vidéo, au détriment de leurs responsabilités parentales. Ces conduites inappropriées n'ont pas encore fait l'objet d'études significatives permettant de déterminer s'il s'agit, par exemple, de compulsion ou de dépendance, mais elles méritent d'être nommées. D'ici à ce que le phénomène et ses conséquences sur l'enfant soient mieux définis, l'intervenant appuiera son analyse de la situation familiale à partir des données générales présentées dans ce programme.

⁵³ Outils de détection pour mesurer le niveau de risque associé à une consommation de drogue.

⁵⁴ À noter que désormais, le terme « dépistage » est réservé uniquement au domaine de la santé physique. Dans le domaine de l'intervention en dépendance en Montérégie, il est souhaité que le repérage soit appliqué de façon systématique. Il permet ainsi d'identifier les personnes à risque de vivre des conséquences néfastes reliées à leur consommation ou habitudes de jeux. La détection n'est pas effectuée de façon systématique. Suite au repérage, la détection permet de mesurer le niveau de risque ou de sévérité associé à la consommation de substances psychoactives et d'effectuer une référence à un centre de réadaptation en dépendance, ou un travail de complémentarité. Une formation offerte par le service régional de formation en dépendance peut être offerte aux intervenants de première ligne en dépendance, selon les besoins, afin de supporter le repérage et la détection dans une perspective d'intervention brève de type motivationnelle.

⁵⁵ S'inspire de l'esprit et des quatre principes directeurs de l'entretien motivationnel décrit par Miller, Rollnick (2002) : faire preuve d'empathie, faire ressortir les contradictions entre les comportements de consommation et les valeurs, composer avec les résistances des clients, soutenir le sentiment d'efficacité personnelle.

3.2 NÉGLIGENCE ET TROUBLES DE SANTÉ MENTALE⁵⁶

La présence d'un trouble de santé mentale chez le parent constitue un facteur de risque important de négligence chronique (Éthier et al., 2006).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit la santé mentale comme suit :

(...) un état d'équilibre psychique qui s'apprécie à la capacité de la personne d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose, d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances et de composer de façon significative avec son environnement.

MSSS, 1989; In: Boily, 2006, p. 84.

Selon les recherches compilées par Boily (2006), entre 16 et 24% des enfants faisant l'objet d'un signalement ont un parent présentant un trouble de santé mentale. Très peu de recherches ont été réalisées sur le sujet, bien que ces parents semblent nombreux aux dires des intervenants.

La dépression est un des problèmes les plus souvent vécus par ces parents. Ce trouble de santé mentale peut être lié à l'histoire du parent, considérant que les principaux facteurs à l'origine de la dépression sont l'histoire de mauvais traitements dans l'enfance, les expériences infantiles de perte, de rupture, d'abandon ou de rejet. L'occurrence est aussi nettement plus élevée chez les personnes fragilisées en raison de problèmes individuels, sociaux et économiques (Éthier et Lacharité, 2008).

L'analyse des situations où le parent présente un trouble de santé mentale suscite des défis particuliers pour l'intervention. Ces troubles ne sont pas faciles à diagnostiquer et ne le sont que rarement, d'autant plus que ces personnes ne reconnaissent généralement pas leurs difficultés et sont souvent fermées à l'idée d'aller consulter. La relation de confiance peut avoir du mal à s'installer, puisque les comportements de ces personnes (instabilité, explosivité, impulsivité, dépendance, provocation, méfiance) peuvent à leur tour susciter des réactions chez les intervenants (peur, incompréhension, exaspération, épuisement).

La réalité est souvent complexe, les troubles de santé mentale ne représentant pas un phénomène homogène. Les symptômes diffèrent selon le diagnostic et les déficits peuvent être temporaires ou permanents. Ils peuvent progresser, régresser ou rester stables, être intermittents ou continus, avec des impacts variés sur l'exercice du rôle parental. Bien que certains diagnostics soient associés à des incapacités plus marquées, celles-ci peuvent varier énormément en gravité, en durée et en fréquence d'une personne à l'autre.

L'impact réel du trouble de santé mentale sur la capacité parentale n'est pas toujours facile à cerner. Les manifestations peuvent entraîner des difficultés variant selon l'intensité des symptômes et selon que le trouble affecte l'humeur, l'énergie, les émotions, la mémoire, la capacité d'attention, la capacité d'appréhender la réalité ou les capacités exécutives des parents. De même, les attitudes de la personne face à sa maladie (reconnaissance de la maladie, de son impact sur l'exercice du rôle parental, des conséquences sur l'enfant, la réceptivité face à l'aide offerte et le respect du traitement médical et psychosocial) auront un impact sur la prise en charge de la personne (Boily, 2006).

⁵⁶ Pour plus de détails sur la notion de santé mentale, le lecteur peut se référer au *Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite* (CJM, 2009).

D'autres facteurs peuvent aussi influencer les aptitudes de ces parents à exercer leur rôle (Éthier et al., 2008) :

- Leurs caractéristiques personnelles : séquelles d'événements difficiles durant l'enfance, traumatisme non résolu, modèles parentaux, présence d'un problème de dépendance, capacité d'introspection.
- La présence et la disponibilité d'un conjoint : sa capacité à prendre la relève et à exercer un rôle parental et sa réaction face à la maladie.
- Les caractéristiques de la dynamique familiale : le nombre d'enfants et leur âge, le tempérament des enfants, la stabilité des relations conjugales.
- Les caractéristiques de l'environnement : qualité de vie (ressources matérielles et financières disponibles), type de milieu (logement, quartier, services), réseau social disponible (support concret, modèles parentaux).

Le tableau 9, réalisé à partir des recherches de Boily (2006), présente un résumé des principaux comportements observés chez les parents présentant des troubles de santé mentale lorsqu'ils répondent aux besoins de leurs enfants.

Tableau 9

Besoins de l'enfant	Comportements du parent souffrant d'un trouble de santé mentale et impacts possibles (varient selon le trouble)
Généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Présente des problèmes à percevoir ou à interpréter les besoins de l'enfant. • Oublie les soins à donner, ou donne des soins moins adéquats. • Dépassé par tous les soins à assurer à l'enfant. • Donne des soins d'hygiène excessifs. • Vit selon un horaire de vie inhabituel et perturbe celui de l'enfant ou ne tient pas compte de ses besoins : donne à boire durant la nuit, ne le met pas au lit, etc.
Cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Offre peu ou pas d'occasions d'apprentissages ou de stimulations ou difficultés à maintenir la stimulation continue. • Contamine la perception du monde de l'enfant lorsque son contact avec la réalité est altéré, lui faisant vivre émotions et impressions faussées.
Affectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation dans les interactions ou dans la relation parent-enfant. • A des difficultés à démontrer chaleur, présence continue, affection et disponibilité à l'enfant. Peut se montrer rejetant, ambivalent ou incohérent. • Développe une relation fusionnelle avec l'enfant. Encourage peu ou pas le développement de l'autonomie. • Suscite insécurité, stress ou malaises plus ou moins accentués par ses impulsions et ses comportements inappropriés.
Éducatifs	<ul style="list-style-type: none"> • A des attentes irréalistes ou des difficultés à mettre en place des stratégies éducatives appropriées, etc. • Présente des difficultés à maintenir une stabilité et une routine à l'enfant. • Manifeste des craintes démesurées, restreignant alors les activités d'exploration de l'enfant. • Démontre des difficultés à assurer l'encadrement scolaire. • Manque de supervision (oubli de l'enfant à un endroit, défaut de superviser, etc.). • Exerce son autorité de manière inappropriée : stratégies coercitives, surprotection, permissivité, mesures disciplinaires abusives, etc.

Source : Boily, 2006.

Afin d'effectuer une analyse complète de la situation familiale, un diagnostic de l'état du parent doit être posé par un médecin. Lorsqu'un problème est soupçonné⁵⁷, un travail d'accompagnement du parent vers les services spécialisés doit être réalisé.

En conclusion, mentionnons que de manière générale, l'intervention auprès des enfants de parents souffrant de troubles de santé mentale devrait faire en sorte de : (inspiré de Boily, 2006) :

- Leur fournir les explications sur la nature du problème dont souffre leur parent afin qu'ils comprennent les manifestations comportementales qu'ils peuvent observer, de même que les besoins de leur parent.
- Aider l'enfant à composer avec les émotions ressenties, de même qu'avec ses besoins en lien avec différents événements : peur que l'état du parent se détériore, hospitalisations du parent entraînant un changement de garde et un sentiment d'abandon ou de détresse. L'intervention devrait viser l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant.
- Lorsque c'est le cas, chercher à assurer une stabilité de la ressource qui héberge l'enfant lorsque l'état du parent se détériore. Ceci peut permettre à l'enfant de développer une relation significative avec une personne d'âge adulte à l'extérieur du milieu familial. En renforçant le réseau d'entraide, l'enfant pourra se sentir davantage en sécurité.
- Assurer le maintien des contacts avec le parent hospitalisé, après consultation avec le médecin traitant. Lorsque les visites ne sont pas possibles, on peut penser à des téléphones ou des lettres. L'intervenant peut explorer ces diverses options avec l'enfant.

3.3 NÉGLIGENCE ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE⁵⁸

La déficience intellectuelle (DI) du parent est considérée comme un autre facteur de risque important de négligence (Crittenden, 1988; Feldman, 1986). Selon Pinard et Gagnier (2002), 48,7% des parents négligents se situent sous le 25^e percentile du quotient intellectuel de la population québécoise⁵⁹.

La déficience intellectuelle se manifeste dès le jeune âge et limite les capacités à apprendre et à réaliser les activités de la vie quotidienne. Elle se traduit par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, soit de deux écarts types⁶⁰ sous la moyenne s'étant manifestés avant l'âge de 18 ans. La personne doit également présenter des déficits significatifs au niveau des comportements adaptatifs (habiletés de tous les jours : autonomie personnelle, habiletés domestiques, gestion de sa santé, communication, habiletés scolaires, socialisation, travail). La tendance à mesurer le degré de déficience tend à disparaître, mais retenons que

⁵⁷ Le lecteur peut se référer au *Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite* (CJM, 2009) pour la description des problématiques. Bien que le programme s'adresse à une clientèle de moins de 18 ans, les manifestations sont similaires chez les adultes.

⁵⁸ Nous remercions Gilles Dallaire et Russell Clark du SRSOR et Hélène Hudon du CRDI pour leur contribution à l'élaboration de cette section du présent ouvrage.

⁵⁹ Cette donnée inclut la lenteur intellectuelle (à distinguer de la déficience). Les gens présentant une lenteur intellectuelle ne peuvent pas bénéficier des services spécialisés en déficience intellectuelle.

⁶⁰ L'écart type est une notion de statistique. Il s'agit d'une unité de mesure de la dispersion des données entre la valeur mesurée et la valeur moyenne d'un groupe de comparaison.

lorsqu'il en est question, il existe trois sous-types : légère, moyenne, et sévère (Association américaine du retard mental [AAMR], 2003).

Des cinq catégories de compétences personnelles (les compétences physiques, l'intelligence conceptuelle, l'intelligence pratique, la compétence sociale et la compétence émotionnelle), trois sont affectées par la déficience intellectuelle : l'intelligence conceptuelle, pratique et sociale.

Les limitations du fonctionnement intellectuel s'observent dans les difficultés à conceptualiser, notamment par des problèmes de mémoire à court terme, des difficultés à transférer et à généraliser les apprentissages, et un raisonnement en fonction de réalités concrètes (AAMR, 2003).

Les difficultés aux plans pratique et social (comportement adaptatif) se manifestent par des difficultés à prendre soin d'eux-mêmes, à préparer des repas, à tenir le logement propre, à avoir un régime de vie équilibré, à respecter un horaire, à communiquer (expression, langage, etc.) et à avoir des comportements adéquats. Ces personnes ont aussi des difficultés à former et à maintenir un réseau de soutien social, étant donné leurs limites dans les habiletés sociales et les capacités de réciprocité (AAMR, 2003).

Lorsqu'elles deviennent des parents, les personnes présentant une DI sont confrontées à une multitude de situations entraînant un fort sentiment d'impuissance.

De manière générale, la négligence des parents DI est le résultat de leur manque de connaissances, de même que de leurs difficultés à comprendre et à répondre aux différents besoins de l'enfant (Tymchuk, Andron, 1990; Withman et al., 1990; In: Guay, Éthier, Palacio-Quintin et Boutet, 1997). Ils présentent des limites au niveau de leur fonctionnement de façon générale, au niveau de la résolution de problèmes, pour le transfert des acquis, de même qu'au niveau de leur capacité de jugement (Dionne, Langevin, Paour et Rocque, 1999; Whitman, Accardo, 1990).

Nous observons aussi que les parents ayant une DI présentent souvent un niveau de stress critique, supérieur à celui de la population en général. Leur sentiment d'incompétence, leur isolement, l'absence de conjoint et leur faible statut économique y contribuent pour beaucoup (Feldman, 1998; In: Éthier et Lacharité, 2008).

Malgré la DI du parent, ce sont toutefois davantage ses difficultés personnelles que le niveau de son quotient intellectuel qui influencent sa capacité à exercer son rôle parental. Parmi les principaux problèmes rencontrés, notons les séquelles de mauvais traitements dans l'enfance, les problèmes de santé mentale tels la dépression, les dépendances, les problèmes de santé physique, la violence conjugale et l'absence de soutien (Chamberland et al., 2007).

Lorsque ces parents ont peu de difficultés personnelles et que la DI est légère, il est possible qu'ils soient aptes à exercer leur rôle parental, dans la mesure où ils sont accompagnés et assistés lorsque des situations plus complexes se présentent. L'aide apportée leur permet de développer leurs compétences, de les ajuster en fonction de l'âge développemental de l'enfant et de prendre les décisions appropriées à la situation. Ils peuvent alors bien collaborer au processus d'intervention. Le support du milieu a beaucoup à voir dans la capacité que le parent DI aura à assumer ses responsabilités parentales. Ainsi, il n'est pas impossible qu'un parent présentant une DI moyenne puisse assumer un rôle parental adéquat, dans la mesure où il obtient un important soutien d'un milieu positif, conscientisé par rapport au bien-être et aux besoins de l'enfant.

Le tableau 10 présente un résumé du type d'accompagnement qui peut leur être nécessaire.

Tableau 10

Âge de l'enfant	Support à assurer au parent DI dans l'exercice de son rôle
0 à 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage des soins à donner, selon l'étape de développement de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> - Développer la sensibilité parentale (Crittenden, 1984; In: Éthier et Lacharité, 2008, p. 67). - Apprendre à interagir avec le nourrisson (Feldman, 1994; In: Éthier et Lacharité, 2008, p. 67). Ce parent doit parfois apprendre à doser les manifestations affectives en fonction des besoins de l'enfant. Le bébé est parfois trop cajolé, trop pris, ce qui peut avoir un impact sur le développement de la motricité. - Développer la connaissance des besoins physiques, physiologiques et affectifs de l'enfant, de même que la capacité d'en reconnaître les différentes manifestations selon l'évolution dans le temps, en fonction de chaque stade de développement (Feldman, 1994; In: Éthier et Lacharité, 2008, p. 67). - Développer les compétences spécifiques selon le développement de l'enfant. Ce parent ne généralisant pas ses expériences, il peut avoir des comportements stéréotypés et s'adapter trop lentement aux changements du bébé. • Fournir un environnement stimulant permettant d'assurer le développement optimal de l'enfant (Feldman, 1994; In: Éthier et Lacharité, 2008, p. 67). Une garderie pourrait notamment compléter le travail qui est fait au domicile.
3 à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Modifier les routines en fonction du développement de l'enfant. • Apprendre à gérer les besoins d'autonomie de l'enfant qui se détache progressivement de son parent. • Apprendre à composer avec l'opposition de l'enfant qui peut être perçue comme du rejet, ce qui peut entraîner de la colère ou l'éloignement. • Composer avec les besoins d'exploration et la curiosité de l'enfant, afin d'éviter qu'ils deviennent « touche-à-tout » ou manipulateurs. • Fournir un environnement stimulant permettant d'assurer le développement optimal de l'enfant. • Fournir un encadrement approprié permettant d'éviter les problèmes de comportement de l'enfant.
6 à 11 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Aider le parent à maintenir son implication alors qu'il est souvent dépassé par les apprentissages généraux et académiques de l'enfant et les contacts avec l'école. Donner accès à l'aide aux devoirs à l'enfant. • Aider le parent à exercer son rôle afin d'éviter que l'enfant ne devienne autonome trop rapidement. • Assister le parent qui ne peut répondre à certaines questions de l'enfant. • Aider le parent à fixer des règles et des limites et à les faire respecter. • Fournir un support à l'enfant qui peut parfois avoir honte de son parent et se sentir coupable ou ambivalent. L'aider à comprendre les limitations de son parent.
12-18 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Aider l'adolescent à comprendre les limitations de son parent. • Aider le parent à fixer un cadre à l'adolescent, puisque le parent peut facilement se sentir découragé et démuni. L'adolescent : <ul style="list-style-type: none"> - Se sait plus intelligent que le parent et peut négocier et tester. - Peut rejeter le parent pour se rassurer sur son identité. - Peut chercher une prise de contrôle de la maison par des demandes exagérées de liberté.

L'approche est toutefois différente en situation de négligence chronique. Dans ce cas, des facteurs multiples (histoire d'enfance difficile, capacités personnelles, conditions socio-économiques, absence de soutien, etc.) se conjuguent à la DI, contribuant à la négligence. Selon Guay et al. (1997), les mauvais traitements sont plus graves lorsque les parents présentent une DI. Ces enfants sont plus gravement négligés et dans plus d'aspects de leur vie que le sont les enfants négligés de parents ne présentant pas de DI.

Les parents DI négligents peuvent être peu enclins ou démunis lorsqu'il s'agit d'offrir un environnement répondant aux besoins de base (sécurisant, chaleureux, stimulant, encadrant) de leurs enfants. La sensibilité parentale (Crittenden, 1984; In: Éthier et Lacharité, 2008, p. 67) est peu développée et ils tendent à adopter un style parental restrictif et punitif et un encadrement irrégulier. Leur difficulté à comprendre les besoins des enfants fait aussi que, lorsqu'ils sont engagés auprès d'eux, ils peuvent se montrer chaleureux, sans égard au contexte ou aux besoins de l'enfant, allant jusqu'à renforcer les comportements inadéquats. Ainsi, les comportements souhaités doivent être précisés de manière très détaillée puisque ces personnes ont de la difficulté à généraliser les apprentissages (Crittenden, 1984; In: Éthier et Lacharité, 2008).

De manière générale, les parents DI éprouvent des difficultés importantes à répondre aux besoins cognitifs et socioaffectifs de leurs enfants. La probabilité que le développement cognitif de ces enfants soit affecté est alors très élevée (Chamberland et al., 2007). On note aussi des retards de développement général à l'âge scolaire, ceux-ci s'accroissant avec le temps. Ces enfants, plus particulièrement les garçons, sont aussi plus à risque de développer des problèmes de comportement (Feldman, 1994; In: Éthier et Lacharité, 2008). Il est également intéressant de noter que de 30 à 80% des enfants de parents DI sont placés soit en famille d'accueil ou avec un membre de leur famille (Booth, 2000).

3.4 NÉGLIGENCE ET LES AUTRES SITUATIONS VISÉES PAR LA LPJ

Depuis les travaux de Crittenden (1988) et de Mayer-Renaud (1990), diverses recherches démontrent ce que les cliniciens constatent depuis longtemps : les enfants négligés sont aussi souvent victimes d'autres formes de maltraitance. Plus l'enfant subit de formes et d'intensité de maltraitance, plus les risques de séquelles importantes augmentent.

Les différentes formes de maltraitance peuvent se vivre simultanément. Cependant, considérant l'aspect évolutif du contexte de vie de ces familles, l'enfant d'abord identifié comme négligé peut subir différentes autres formes de maltraitance par la suite. De même, puisque ces parents ont tendance à prioriser leurs propres besoins au détriment de la vigilance nécessaire à l'exercice de leur rôle parental, les enfants peuvent être placés dans diverses situations à risque.

Ce contexte souligne à nouveau toute l'importance de la relation de confiance nécessaire pour l'accompagnement clinique de ces familles. Grâce au processus d'évaluation continue, l'intervenant s'assure de prendre en compte toutes nouvelles données et de croiser les différentes sources d'information indiquant la présence d'autres formes de maltraitance. Ainsi, la qualité de l'information obtenue est intimement liée à la qualité de la relation de confiance établie avec chacune des personnes.

Les diverses problématiques associées selon la LPJ sont ⁶¹ :

- Les mauvais traitements psychologiques, sous la forme d'**actes omis**, se doivent d'être identifiés et nommés clairement, bien que cette notion soit abordée dans le cadre du *Programme d'intervention en négligence*. Il s'agit d'une problématique distincte, même si elle relève d'une dynamique similaire à la négligence.

Les **actes commis** (notamment l'isolement, les menaces, le rejet, le dénigrement) sont des manifestations spécifiques ne caractérisant pas les situations de négligence. Elles s'installent dans le cadre d'une forme particulière de relation entre l'enfant et le parent, laquelle a des conséquences spécifiques sur l'enfant.

La **violence indirecte** relève aussi de comportements parentaux spécifiques. La violence conjugale en particulier est une réalité très présente dans les familles négligentes (Brousseau, 2000)⁶². Cette forme de maltraitance représente une source énorme de stress pour les enfants qui ont à la subir.

- L'abus sexuel est une autre réalité souvent présente chez les familles négligentes. Le manque de vigilance ou de supervision parentale peut placer les enfants dans des situations à risque face à des personnes de leur entourage, adolescents ou adultes. Ils peuvent également être victimes de la part de leurs parents, si ceux-ci présentent une déviance sexuelle.
- L'abus physique survient fréquemment en concomitance avec la négligence chronique (Mayer, 1998). Crittenden (1988) a par ailleurs identifié trois scénarios spécifiques selon la façon dont s'installent ensemble ces deux problématiques :
 - La négligence qui se transforme en abus physique.
 - L'abus physique qui se transforme en négligence.
 - L'abus physique et la négligence qui s'installent simultanément.

Le tableau 11 présente ces trois scénarios.

⁶¹ Pour plus de détails, se référer au *Programme d'intervention en violence familiale* (CJM, 2007).

⁶² Pour plus de détails, voir la section 1.2.2 portant sur les relations familiales.

Tableau 11

Mise en place de l'abus physique et de la négligence dans les familles

Abus physique	Négligence
<p style="text-align: center;">Abus physique se transformant en négligence </p> <ul style="list-style-type: none"> • La négligence s'installe alors que le nombre d'enfants de la famille augmente. • Auparavant, le parent qui avait recours à des méthodes coercitives pour assurer la discipline, ne parvient plus à garder un contrôle constant. Il est dépassé, il démissionne et les punitions deviennent irrégulières. • Le parent ne suffit plus à la tâche et les enfants sont négligés. 	
<p style="text-align: center;">Négligence se transformant en abus physique. </p> <ul style="list-style-type: none"> • Auparavant, le parent parvenait à obtenir la paix en ignorant les besoins des enfants. • La dynamique se modifie alors que le nombre d'enfants de la famille augmente et qu'il n'est plus possible d'ignorer la hausse des demandes. • Ces parents n'ont pas développé de stratégies éducatives. La seule stratégie connue semble être les crises de colère ou les gestes violents. 	
<p style="text-align: center;">Dynamique de négligence et de violence </p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces parents ont eu eux-mêmes une enfance très désorganisée. • Ces familles sont habituellement constituées de plusieurs enfants nés de pères différents. Les changements sont très fréquents dans la composition de la famille (nouveau conjoint ou famille immédiate). • Les stratégies de ces parents varient, mais leurs méthodes éducatives sont trop limitées pour faire face aux situations familiales complexes avec lesquelles ils ont à composer. • Les enfants présentent souvent plusieurs difficultés aux plans cognitif, physique, affectif et comportemental. Ils doivent demeurer constamment vigilants puisque les réactions de leurs parents semblent aléatoires : <ul style="list-style-type: none"> - N'arrivent pas à trouver des stratégies permettant d'éviter certaines représailles physiques. - Ne peuvent se permettre d'ignorer leurs parents puisque des réactions imprévisibles peuvent survenir. • Pronostic variable. Lorsque les capacités d'apprentissage sont élevées et que les indices dépressifs sont peu nombreux, les parents pourront bénéficier d'une aide à long terme, afin de parvenir à une amélioration acceptable. Dans les cas contraires, les parents ne voient pas les possibilités de changements et ils sentent qu'ils n'ont pas de contrôle sur leur vie. 	

Source : Crittenden, 1988.

Les résultats des recherches dans le domaine des neurosciences mentionnées plus tôt dans le chapitre viennent appuyer la nécessité de documenter la présence de mauvais traitements physiques passés ou actuels. Lorsque des indices sont soupçonnés, l'impact de ces gestes sur l'enfant doit être évalué, compte tenu de la sévérité des atteintes cérébrales et cognitives possibles, notamment suite à des coups portés à la tête ou du fait d'avoir été secoué. Rappelons que Nolin (2004) a répertorié les déficits les plus sérieux chez les enfants ayant été à la fois négligés et victimes de violence physique.

Ces données permettent ensuite d'accompagner l'enfant et d'assurer des réponses adaptées en fonction de ses besoins particuliers.

- L'abandon des enfants survient aussi parfois suite à une dynamique familiale où la négligence était présente. L'abandon est un état de fait qui peut s'expliquer par de multiples raisons, dont des difficultés à assumer le rôle parental, le refus d'exercer son rôle ou le désir de voir ce rôle confié à quelqu'un d'autre. Certains facteurs de risque présents dans l'histoire de l'enfant ou des parents⁶³, de même que des signes de délaissement⁶⁴, peuvent donner des indices à partir desquels il est possible de rapidement clarifier la situation. L'intervention permet d'assurer rapidement un projet de vie à l'enfant.
- La notion de troubles de comportement sérieux est la seule qui fait référence aux difficultés présentées par les enfants. Souvent, ces manifestations sont la conséquence des difficultés vécues par l'enfant depuis sa petite enfance. La dynamique des familles négligentes crée des conditions propices au développement de troubles de comportement chez les enfants.

Le lien très étroit entre le type d'attachement et les comportements manifestés par les enfants mérite d'être souligné, comme le mentionne St-Antoine (1999)⁶⁵ :

« Alors que nous parlons facilement des problèmes d'attachement ou de l'état de négligence du jeune enfant, il est plus difficile de reconnaître chez lui l'existence de problèmes de comportement. Par contre, les difficultés de comportement de l'adolescent sont mises de l'avant alors que nous parlons peu de ses problèmes d'attachement. Ne devrions-nous pas, à la faveur des connaissances actuelles, développer une vision du développement plus intégrée qui mette en relation les troubles de l'attachement (résultant de la négligence ou des ruptures à répétition) avec les problèmes de socialisation tant de l'enfant que de l'adolescent? Ceci permettrait de ne pas oublier que le jeune enfant peut présenter très tôt des difficultés de comportement et que l'adolescent mal adapté socialement souffre aussi de difficultés d'attachement, avec tout ce que cela implique pour le traitement de l'un et de l'autre. »

St-Antoine, 1999, p. 7.

Le lien entre ces différentes problématiques souligne la complexité de certaines dynamiques familiales auxquelles sont exposés les enfants. Ces liens mettent encore une fois en évidence la rigueur nécessaire à la cueillette de données et à l'analyse des situations traitées.

⁶³ Le lecteur peut se référer au *Programme d'intervention en abandon* (CJM, 2005) afin de les identifier.

⁶⁴ Nous entendons par délaissement le fait d'entretenir des contacts irréguliers ou peu significatifs avec son enfant qui est hébergé dans un autre milieu de vie. Le parent peut alterner entre des périodes où il laisse l'enfant sans nouvelles, puis d'autres où il reprend contact.

⁶⁵ Il est démontré que la sécurité de l'attachement est liée à une incidence moindre de comportements inappropriés. Pour sa part, l'attachement non sécurisant entraîne un ensemble de difficultés relationnelles et comportementales plus ou moins sévères selon le type. La section 1.3.1 présente les principales notions de la théorie de l'attachement.

Mentionnons de plus que le lecteur peut se référer aux différents programmes d'intervention du CJM traitant des situations visées par la LPJ pour davantage d'informations sur chacune de ces problématiques :

- Programme d'intervention en abandon (CJM, 2005).
- Programme d'intervention en violence familiale (CJM, 2007b).
- Programme d'intervention en troubles de la conduite (CJM, 2002).
- Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite (CJM, 2009).

CHAPITRE 2 : Intervenir en négligence

Nous l'avons vu au chapitre 1, l'intervention auprès des familles négligentes présente des particularités notables. Elle confronte les intervenants à des problématiques multiples et à des individus présentant d'importantes difficultés dans plusieurs sphères de leur vie et perdurant depuis longtemps. Ces particularités propres aux situations de négligence traduisent l'importance de miser sur une approche interdisciplinaire et intersectorielle pour bien en saisir les enjeux et intervenir de la façon la plus adéquate possible.

Ces parents ont une histoire de vie ayant contribué à les fragiliser psychologiquement et à teinter leur perception d'eux-mêmes et du monde en général. Ils sont méfiants face aux autres, ils ont l'impression d'avoir peu de pouvoir sur leur vie, entrevoyant peu de possibilités de changements. Ce contexte de vie fait en sorte qu'ils ont de la difficulté à prioriser les besoins de leurs enfants plutôt que les leurs.

Ainsi, s'il est nécessaire de bien comprendre la dynamique de la négligence pour assurer une rigueur clinique à l'intervention, il est aussi important de créer un lien de confiance avec les membres de la famille, tout en demeurant conscient des difficultés et centré sur les besoins de l'enfant.

Quelques postulats permettent d'assurer une intervention efficace en négligence. Nous présentons les principaux.

MAINTENIR UNE CONNAISSANCE APPROFONDIE DE LA PROBLÉMATIQUE DE LA NÉGLIGENCE

La connaissance permet :

- D'assurer l'analyse rigoureuse de chaque situation à partir de paramètres concrets, en lien avec les objectifs du programme.
- D'assurer la planification de l'intervention et la prestation de services par la mise en place d'objectifs d'intervention pertinents et réalistes, tenant compte aussi bien des forces que des limites présentes dans le milieu.
- D'analyser rapidement les capacités du milieu à se mobiliser dans un **délai raisonnable**, suite à l'accompagnement, compte tenu de la nécessité d'assurer la réponse aux besoins de chaque enfant.
- D'évaluer de manière continue les risques encourus pour chaque enfant à partir de critères rigoureux dans le but d'assurer sa sécurité.

MISER SUR LES ATTITUDES PROFESSIONNELLES

Si la connaissance approfondie de la problématique est indispensable pour travailler en négligence, les compétences dans le domaine du **savoir-être** le sont tout autant. Ces attitudes :

- Permettent de développer un lien de confiance et une alliance avec les parents et les enfants dans le but de les mobiliser dans un processus de changement.

- Assurent le respect des personnes et favorisent l'exercice de leurs habiletés. L'intervenant exerce un rôle de « faire-valoir » chaque fois que possible, plutôt qu'un rôle d'expert risquant de disqualifier les personnes.
- Aident les personnes à se centrer sur leurs besoins en leur apprenant à mieux les décoder.
- Aident les personnes à développer la confiance envers les autres, confiance qui peut par la suite se transposer dans d'autres relations permettant éventuellement d'améliorer le réseau social.
- Favorisent la sensibilité aux différences de culture entre les intervenants et les parents négligents.

AGIR SIMULTANÉMENT SUR PLUSIEURS CIBLES

Les recherches et l'expérience clinique en négligence démontrent qu'une intervention s'attardant à une seule dimension ou à un seul aspect de la situation, aux dépens des autres, a peu de chance d'être efficace. De même, l'approche systémique propose de s'adresser simultanément à chacune des dimensions ayant contribué à entraîner et maintenir la situation de négligence⁶⁶.

Le chapitre 1 présente en détail chacune de ces dimensions, mais certains aspects ont une importance particulière :

- S'adresser à la dimension parent individu : les recherches le démontrent, on ne peut améliorer et consolider la disponibilité psychologique d'un parent sans l'aider à composer avec les séquelles de son passé, ou sans tenir compte des besoins liés à ses caractéristiques personnelles.
- Évaluer aussi rapidement que possible dans le processus clinique la capacité parentale. Le PI doit être élaboré à partir d'objectifs d'intervention pertinents et réalistes afin d'assurer un projet de vie approprié pour chaque enfant.
- Intervenir sur la dimension famille en impliquant tous les membres de la famille, le père ou la figure parentale, aussi bien que la mère.
- Aider les membres de la famille à améliorer leurs rapports à leur environnement social, ce qui implique pour l'intervenant (Lacharité et al., 2005) :
 - Avoir une bonne connaissance des organismes du milieu.
 - Accompagner les personnes vers les services pouvant leur venir en aide, évitant de simplement les référer ou leur fournir une liste des services de la communauté.
 - Tenir compte des difficultés relationnelles des personnes qui manquent de moyens leur permettant d'entrer en relation et de maintenir ces relations.
 - Offrir aux enfants des activités qui sont aussi des occasions de développement similaires à celles dont disposent leurs pairs. Ces expériences permettent de développer de nouvelles habiletés et de tisser de nouvelles relations, ce qui introduit des facteurs de protection dans leur vie.

⁶⁶ Ces dimensions sont présentées au chapitre 1 : les caractéristiques et besoins des parents, les relations familiales, les relations avec le milieu social, les relations avec le réseau de services, les caractéristiques et besoins spécifiques du jeune.

ASSURER UN CADRE COMMUN PERMETTANT DE DÉFINIR LES BESOINS DES ENFANTS (Lacharité et al., 2005)

L'objectif principal de l'intervention en négligence est d'assurer la réponse aux besoins fondamentaux des enfants. La carence dans les soins est attribuable à de multiples facteurs, parmi ceux-ci, le fait justement que leurs parents aient de la difficulté à comprendre ce en quoi consistent les besoins de leurs enfants.

Si la notion de besoins est largement utilisée et fait partie du vocabulaire courant des intervenants, il s'agit d'une notion complexe. L'intervention en négligence implique alors de :

- Supporter les parents et l'enfant à reconnaître ce qu'est un besoin. Identifier ses besoins et reconnaître ceux des enfants requiert certaines conditions psychologiques et sociales auxquelles ces personnes ne sont pas toujours préparées.
- Supporter les parents à développer une sensibilité face aux besoins de leur enfant : apprendre à les reconnaître pour ensuite les privilégier.
- Mettre à profit la connaissance qu'ont les parents de leur enfant lorsqu'il s'agit de déterminer les besoins de ce dernier.
- Reconnaître ce dont tout enfant a besoin pour se développer et pour vivre en sécurité, sans égard à la culture de son milieu.
- Favoriser les échanges entre les différents intervenants dans le but de développer une vision commune des besoins spécifiques de chaque enfant auprès de qui une intervention est planifiée.

TRAVAILLER EN CONCERTATION AUPRÈS DE CHAQUE FAMILLE SELON UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE ET INTERSECTORIELLE

La concertation entre les divers acteurs venant en aide à la famille est indispensable, compte tenu de la multitude des cibles d'intervention en négligence. L'implication d'intervenants de domaines divers tels que services sociaux, réadaptation, santé, éducation, logement, emploi, justice, doit être envisagée selon la particularité de la situation.

La concertation :

- S'appuie sur une compréhension commune des besoins des enfants.
- Assure une cohérence dans les messages transmis à l'enfant et à la famille par l'ensemble des professionnels impliqués.
- Assure le partage de l'information nécessaire et pertinente⁶⁷ permettant d'aider à la compréhension de la dynamique familiale et d'améliorer l'aide apportée à la famille.
- Favorise le partage des expertises et des responsabilités entre les différents professionnels impliqués. Elle permet aussi une souplesse dans les rôles et fonctions remplis par chacun.
- Amène l'élaboration d'un PSI chaque fois que des intervenants de plus d'un établissement sont impliqués auprès d'une famille.

⁶⁷ Le contenu de ce qui est jugé « nécessaire et pertinent » est déterminé par l'intervenant, selon la situation spécifique de chaque enfant en tenant compte des règles de confidentialité et des procédures de transmission d'information.

- Prévoit l'intégration des professionnels qui se joignent aux intervenants déjà impliqués auprès de la famille de manière à favoriser la continuité et la complémentarité entre les services.
- Contribue à identifier les besoins présents dans les différentes communautés, ce qui permet ensuite d'influencer les paliers décisionnels afin que les services nécessaires aux familles soient mis en place.

ASSURER DES SERVICES SELON L'INTENSITÉ ET LA DURÉE REQUISE

L'intervention auprès des familles en situation de négligence chronique a la particularité d'être à long terme, compte tenu de l'ensemble des dimensions affectées. Prévoir une durée réaliste au soutien professionnel et assurer un suivi aussi intensif que la situation l'exige, garantissent une intervention efficace, compte tenu des multiples objectifs d'intervention fixés.

ASSURER LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES INTERVENANTS

Pour assurer une intervention efficace auprès des enfants et des parents vivant de la négligence, l'établissement se doit de favoriser la mise en place de mécanismes divers permettant l'amélioration de la pratique clinique et le partage des connaissances.

Plusieurs moyens sont très utiles : la supervision clinique, les échanges cliniques formels ou informels sur des situations particulières en équipe, la formation, la cointervention, et les rencontres avec d'autres professionnels œuvrant dans le domaine de la négligence.

À travers ces différents moyens, les professionnels pourront :

- Avoir des lieux d'écoute où ils se sentiront à l'aise de reconnaître leurs propres valeurs et croyances susceptibles de teinter leurs approches des personnes ou d'influencer leur opinion clinique. Ils pourront aussi demeurer sensibles à la résonance, c'est-à-dire à l'effet que produit sur eux l'écart entre leurs valeurs et celles de la famille.
- Demeurer centrés sur des interventions favorisant l'établissement et le maintien des alliances avec les parents et les enfants.
- Demeurer sensibles à leurs attitudes afin d'assurer empathie, absence de jugements, respect des personnes, cohérence et transparence.
- Développer leurs connaissances de la problématique et des approches d'intervention afin d'assurer un haut niveau de compétences cliniques et d'aider les familles aux prises avec de la négligence.
- Bénéficier de lieux d'échanges dynamiques permettant de favoriser la motivation au transfert des apprentissages, c'est-à-dire le développement des pratiques et l'utilisation concrète des apprentissages réalisés.
- Obtenir du soutien face aux situations d'intervention plus complexes.

CHAPITRE 3 :

La clientèle du programme

Ce programme s'adresse à tous les enfants de 0 à 17 ans, signalés ou suivis en vertu de la LPJ, au CJM, qui sont négligés, à risque sérieux d'être négligés ou victimes de mauvais traitements psychologiques **par omission**, ainsi qu'à leurs parents.

La clientèle est définie à partir du cadre d'application de la LPJ, selon lequel un enfant est considéré :

- **Négligé** lorsqu'il ne reçoit pas réponse à ses besoins fondamentaux aux plans :
 - Physique (alimentaire, vestimentaire, hygiène ou logement).
 - De la santé physique ou mentale (soins requis non assurés ou refusés).
 - Éducatif (surveillance, encadrement ou scolarisation).
- **À risque sérieux d'être négligé**, c'est-à-dire qu'il est placé dans une situation où il y a de fortes probabilités qu'il soit négligé.

Certaines difficultés du parent ou de la personne qui a la garde de l'enfant présentent davantage de risques. Il peut notamment s'agir d'un problème de⁶⁸ :

- Toxicomanie (dépendance ou abus de substances).
 - Jeu excessif (perte de contrôle continue ou périodique, progression dans les sommes jouées, fréquence).
 - Instabilité (lieu de résidence, choix de conjoint, choix de gardien).
 - Adaptation sociale (essentiellement des relations conflictuelles avec autrui).
 - Santé mentale ou de détresse psychologique majeure (situation diagnostiquée ou manifestations inquiétantes).
 - Déficience intellectuelle (situation diagnostiquée ou manifestations inquiétantes).
 - Déficience physique (situation diagnostiquée ou manifestations inquiétantes).
 - Implication dans des activités criminelles⁶⁹.
- Victime de **mauvais traitements psychologiques** par suite **d'actes omis**⁷⁰.

Lorsque l'enfant subit de façon grave ou continue des préjudices à son intégrité psychologique suite à un manque de sensibilité face à ses besoins cognitif, affectif ou social.

⁶⁸ Selon la *Définition des termes et concepts utilisés dans la ventilation de la table des valeurs des articles 38 et 38.1 de la LPJ* (MSSS, 2007). Les données sont complétées par l'information contenue dans *Le Manuel de référence sur la protection de la jeunesse* : version préliminaire (MSSS, 2008).

⁶⁹ Cette notion ne se retrouve que dans *Le Manuel de référence sur la protection de la jeunesse* : version préliminaire (MSSS, 2008).

⁷⁰ Les autres situations de mauvais traitements psychologiques, soit les **actes commis** et la **violence indirecte**, sont traitées dans le cadre du *Programme d'intervention en violence familiale* (CJM, 2007).

La clientèle visée par le programme se définit également en fonction des caractéristiques spécifiques distinguant les types de négligence. Tel que mentionné au début du chapitre 1, les intervenants du CJM sont essentiellement appelés à travailler auprès d'une clientèle aux prises avec une problématique de négligence chronique. De façon plus exceptionnelle, les familles aux prises avec une problématique de négligence circonstancielle peuvent aussi en venir à nécessiter une intervention de la part du DPJ.

Ainsi, il est possible d'affirmer que de façon générale, la clientèle visée par le programme présente des difficultés liées à la négligence depuis plusieurs années, voire depuis plus d'une génération. De plus, cette clientèle se démarque par le caractère multi problématiques de leur situation, ce qui traduit des cibles d'intervention variées pour éliminer les motifs de compromission. Cette clientèle se caractérise aussi par la diversité des problématiques associées à la négligence chronique. Il est souvent question de toxicomanie, de problème de santé mentale, de déficience intellectuelle, de problématiques liées à la violence familiale, en concomitance avec la négligence. L'analyse de la situation porte souvent à conclure en une variété de sources pour expliquer les problèmes rencontrés.

CHAPITRE 4 : Objectifs du programme

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souligne que les centres de santé et de services sociaux (CSSS), en collaboration avec les centres jeunesse, doivent traiter les situations de négligence en fonction des objectifs suivants (Bérubé, Goyette, Maltais et Plamondon, 2007) :

- Développer ou restaurer les habiletés et les compétences liées à l'exercice du rôle parental et diminuer le stress parental.
- Éliminer les éléments associés à la compromission.
- Diminuer le recours au placement.
- Favoriser l'intégration sociale des familles.
- Diminuer la transmission intergénérationnelle de la problématique de la négligence.

Le *Programme d'intervention en négligence* du CJM, en collaboration avec les partenaires, vise l'atteinte des objectifs spécifiques suivants :

CONCERNANT LES ENFANTS

- Garantir la réponse à ses besoins fondamentaux afin d'assurer sa sécurité et/ou son développement.
- Permettre de pallier aux retards de développement et d'en assurer la poursuite.
- Réduire les séquelles psychologiques ou physiques de la négligence.
- Offrir des occasions de développer les habiletés relationnelles et sociales permettant d'introduire des facteurs de protection dans leur vie.
- Assurer un projet de vie permanent à chaque enfant, chez lui ou dans un milieu substitut, selon l'analyse de la situation⁷¹.
- Aider à dépister les situations d'abandon.

CONCERNANT LES PARENTS

- Développer une meilleure connaissance des besoins de leurs enfants.
- Trouver réponse à leurs propres besoins dans le but d'améliorer ou de consolider leur disponibilité psychologique à exercer leur rôle parental.
- Développer des conduites parentales sensibles et responsables face à leurs enfants dans le but d'assurer la réponse à leurs besoins.
- Trouver des alternatives à leurs comportements ou habitudes dans le but de favoriser la sécurité ou le développement des enfants.

⁷¹ La notion de projet de vie est présentée à la section 5.2.2.

- Développer leur capacité à prendre en charge leur situation familiale.
- Développer un réseau social positif, pouvant offrir le soutien nécessaire dans toutes les sphères de leur vie.

CONCERNANT LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

- Uniformiser la démarche de collecte de données et d'analyse dans chacune des situations de négligence.
- Travailler en concertation avec les organismes ou établissements de la communauté dans le but de développer une compréhension commune de la négligence et de développer les services adaptés aux besoins des familles.
- Développer des connaissances et des pratiques spécialisées permettant d'accompagner les enfants et les parents aux prises avec des situations de négligence ou des séquelles suite à de la maltraitance.
- Fournir aux intervenants un support théorique et clinique propre au traitement des situations de négligence.

CHAPITRE 5 :

Le processus d'intervention clinique

5.1 LES PRINCIPES CLINIQUES

Le *Programme d'intervention en négligence* s'appuie sur la mission du CJM, les valeurs qui soutiennent son intervention et les principes qui en découlent, lesquels sont présentés dans le *Processus d'intervention clinique* (CJM, 2010a).

Les énoncés qui suivent ont toutefois une importance particulière en négligence, voilà pourquoi nous les reprenons :

- **Les parents sont les premiers responsables de leur enfant.**

Ce principe clinique est aussi un des principes généraux de la LPJ. Il souligne l'importance d'associer activement les parents tout au long du processus d'intervention, de faciliter leur engagement et de favoriser le développement de leurs compétences parentales. Les parents sont responsables d'assurer la réponse aux besoins de leur enfant et ce n'est qu'exceptionnellement que l'État doit se substituer à eux.

- **Lorsqu'un retrait du milieu familial est nécessaire, l'intervention vise à en minimiser l'impact sur l'enfant⁷².**

Lorsque la situation exige un retrait du milieu familial, le retrait est préparé, les modalités et la fréquence des contacts maintenus entre l'enfant et le parent sont fixées en tenant compte du but de l'intervention et des besoins spécifiques de chaque enfant.

- **Tout enfant doit pouvoir bénéficier d'un projet de vie permanent répondant à ses besoins immédiats et futurs.**

L'intervention auprès de chaque enfant doit viser à leur assurer un milieu de vie stable et permanent, répondant à leurs besoins. Malgré le premier énoncé, lorsque l'analyse de la situation et de l'impact des services rendus démontre que le projet de vie ne peut être dans le milieu parental, une orientation dans un milieu autre est enclenchée dans les meilleurs délais.

- **L'intervention auprès des familles doit être planifiée selon une approche interdisciplinaire et intersectorielle.**

Les services offerts aux parents et à l'enfant sont assurés en partenariat et en concertation avec les établissements et les organismes de la communauté, selon les expertises de chacun. La concertation permet une intervention efficace, compte tenu des multiples cibles d'intervention, tout en assurant une cohérence dans les messages transmis à la famille.

⁷² Se référer au *Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial* (CJM, 2007a).

5.2 LES ÉTAPES DU PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE EN NÉGLIGENCE

Le *Processus d'intervention clinique* (CJM, 2010a) présente la séquence d'activités cliniques à réaliser dans toutes les situations faisant l'objet d'une intervention au CJM. La section qui suit présente un rappel des étapes du PIC en présentant les aspects spécifiques à la négligence. Le lecteur peut se référer à l'Annexe 2 pour consulter le tableau faisant état de l'ensemble des aspects à couvrir dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement en négligence.

Les étapes du *Processus d'intervention clinique* (CJM, 2010a) qui sont reprises dans cette section sont :

1. La collecte de données.
2. L'analyse de la situation.
3. La planification et la mise en œuvre de l'intervention.

Le lecteur se référera au PIC pour obtenir tous les détails concernant le processus d'intervention clinique de même que pour les données concernant les étapes de **révision du plan d'intervention** et de **fin de l'intervention**.

5.2.1. La collecte de données

ÉTAPE ÉVALUATION

Lors de la collecte de données, l'intervenant recueille tous les renseignements **nécessaires et pertinents**⁷³ concernant la situation de l'enfant et de sa famille, ce qui permet dans un premier temps de statuer sur la compromission.

Tel que prévu à l'article 38.2 de la LPJ, les facteurs suivants sont documentés :

- a) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés;*
- b) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;*
- c) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant;*
- d) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.*

Ces données permettent :

- De déterminer la présence d'un **risque sérieux pour la sécurité immédiate** de l'enfant.
- D'établir la **forme de négligence** et son impact sur l'enfant, selon qu'il s'agit de :
 - Négligence sur le plan physique (art. 38 *b*) 1°i.), lorsque les privations concernent les besoins : alimentaires, vestimentaires, d'hygiène ou de logement.
 - Négligence sur le plan de la santé (art. 38 *b*) 1°ii.), lorsque les soins requis par l'enfant pour sa santé physique ou mentale lui sont non assurés ou refusés.

⁷³ L'information « nécessaire et pertinente » est celle dont l'intervenant doit disposer pour lui permettre de prendre une décision éclairée centrée sur le besoin de protection.

- Négligence sur le plan éducatif (art. 38 b) 1°iii.), lorsque l'enfant ne reçoit pas la surveillance (manque de vigilance des parents, choix non judicieux de gardiennage, enfant laissé seul, non-respect des durées de gardiennage) (MSSS, 2007), ou l'encadrement (contexte éducatif non approprié, réactions non appropriées face aux comportements de l'enfant, problème de parentification (MSSS, 2007) approprié à ses besoins, ou que les moyens ne sont pas pris pour assurer sa scolarisation.
 - D'un risque sérieux (art. 38 b) 2°), que la figure parentale ne réponde pas aux besoins physiques, de santé ou éducatifs (MSSS, 2008)⁷⁴ énumérés plus haut.
 - Mauvais traitements psychologiques (art. 38 c) par des actes omis (manque de sensibilité aux besoins affectifs, cognitifs et sociaux de l'enfant : manque d'écoute, de considération de chaleur, indifférence, absence d'investissement dans la relation filiale, etc.) (MSSS, 2008).
- D'établir le **type de négligence**, selon qu'elle est circonstancielle ou chronique⁷⁵.
 - Déterminer dans quelle mesure les parents reconnaissent le ou les problèmes menant à la situation de compromission, s'ils sont motivés à résoudre la situation problématique, et s'ils collaborent avec les services.
 - Déterminer la présence **d'autres situations visées par l'application de la LPJ** coexistant avec la négligence :
 - Abandon.
 - Mauvais traitements psychologiques (actes commis ou violence indirecte).
 - Abus sexuel.
 - Abus physique.
 - Troubles de comportement sérieux.

Lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant n'est pas compromis, mais qu'un besoin d'aide est identifié, les personnes sont référées vers les services appropriés⁷⁶. Une attention particulière est alors portée pour sensibiliser le parent et l'enfant au besoin de recevoir de l'aide et du support, afin d'éviter que la situation ne se détériore et fasse l'objet d'une nouvelle intervention du DPJ.

⁷⁴ La notion de « risque sérieux » est présentée dans le *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse* (MSSS, 2008). On y mentionne que les comportements parentaux susceptibles de présenter un risque sérieux de négligence sont la dépendance, les troubles mentaux, une détresse psychologique majeure, une déficience intellectuelle et l'implication dans des activités criminelles.

⁷⁵ Voir le chapitre 1, section 1.1.1 pour les détails.

⁷⁶ Selon l'art. 50 de la LPJ, lorsque des besoins d'aide sont identifiés, l'intervenant doit informer l'enfant et ses parents des services susceptibles de leur venir en aide dans leur milieu. L'article précise le détail des obligations.

ÉTAPE ORIENTATION.

Lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, l'intervention se poursuit à l'étape orientation. Une analyse plus exhaustive est alors réalisée, permettant de documenter plus en détail chacune des dimensions du modèle multidimensionnel. Pour réaliser cette collecte, l'intervenant s'appuie sur les notions théoriques présentées au chapitre 1.

Ces dimensions sont :

- Les caractéristiques et besoins spécifiques du jeune.
- Les caractéristiques et besoins des parents.
- Les relations familiales.
- Les relations avec le milieu social.
- Les relations avec le réseau de services.

Le tableau 12 présente un rappel des aspects généraux à documenter lors de la collecte de données avec, en parallèle, les données plus spécifiques à la négligence.

Tableau 12

La collecte de données multidimensionnelles

Caractéristiques et besoins spécifiques de l'enfant	
Données générales selon le PIC	Données spécifiques à la négligence
<ul style="list-style-type: none">• Son histoire depuis la naissance.• Données concernant chacun des aspects du développement :<ul style="list-style-type: none">- physique- cognitif- affectif- social- psychosexuel• Fonctionnement général dans toutes les sphères de vie (famille, école, pairs, société) : habiletés, forces ou limites.• Problème de santé physique ou mentale (actuel ou passé), ou limite intellectuelle. En présence d'indices, tenter d'obtenir un diagnostic, ou sinon, voir à appuyer et valider les indices de problèmes identifiés.• Séquelles de maltraitance.• Besoins spécifiques.• Disponibilité d'un réseau de support (pairs, adultes significatifs, etc.).	<ul style="list-style-type: none">• Séquelles de comportements particuliers de la mère durant la grossesse (consommation, TSAF, etc.).• Particularité entourant la naissance (prématurité, complications, etc.).• Indices de stress (peurs, cauchemars, phobies, tensions intérieures), d'état de stress post-traumatique ou de séquelles de traumatismes.• Indices quant au type d'attachement présent (sécure ou insécure) et conséquences sur l'adaptation, plus particulièrement sur les relations avec autrui.• Comportements problématiques (très actif, agressivité, inhibition, etc.).• Perception de soi (estime de soi, crainte du rejet, impuissance, culpabilité, etc.).• Comportements adaptatifs (pseudo-maturité, exercice de tâches parentales, etc.).

Caractéristiques et besoins du parent	
Données générales selon le PIC	Données spécifiques à la négligence
<p><u>Caractéristiques personnelles et expériences vécues :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Histoire depuis la petite enfance. Ses expériences de vie comme enfant : maltraitance, placements, séparation, etc. • Indices concernant son développement cognitif, affectif et social. • Diagnostic de problème de santé mentale, de problème de santé physique ou de limite intellectuelle. En présence d'indices, tenter d'obtenir un diagnostic, ou sinon, voir à appuyer et valider les indices de problèmes identifiés. • Présence d'une forme de dépendance (alcool, drogue, jeux). • Capacité d'autonomie manifestée. • Type de personnalité et habiletés sociales. • Présence d'une histoire de migration (pays, région) et impacts des changements sur la personne. • Capacité de contrôle des impulsions : face à l'entourage et face à l'enfant. 	<p><u>Caractéristiques personnelles et expériences vécues :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indices de séquelles, voire de traumatismes liés à des expériences passées. • Perception actuelle que le parent a de ses expériences d'enfance et impacts sur son rôle parental. • Scolarisation et expérience du marché du travail. • Mode de vie, valeurs et codes de conduites intégrés depuis l'enfance. • Problèmes légaux. • Relations entretenues avec autrui : <ul style="list-style-type: none"> - Amis, voisinage, famille (conflits, isolement, réseau non supportant, manque d'autonomie, etc.). - Conjoints (violence, capacité de vivre en relation). • Capacité d'organiser son quotidien (gérer le budget, organiser les priorités compte tenu des ressources, choix de logement adéquat, etc.). • Traits ou troubles de personnalité inadaptes et persistants.
<p><u>L'exercice de la capacité parentale et relation parent-enfant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Compétences parentales générales et spécifiques à l'âge de l'enfant manifestées depuis la naissance de l'enfant. • Engagement manifesté dans l'exercice du rôle parental depuis la naissance de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> - protection - autorité - affection - éducation - identification • Style parental. • Satisfaction face à la relation parent-enfant. • Reconnaissance de sa part de responsabilités dans la situation problématique actuelle. 	<p><u>L'exercice de la capacité parentale et relation parent-enfant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Désir de grossesse chez les parents (désir partagé, grossesse planifiée ou constatée tardivement, projet d'avortement non réalisé, etc.). • Mode de vie de la mère durant la grossesse (alimentation, consommation, suivi médical, conduites à risque). • Modèles de rôle parental transmis par le milieu d'origine. • Continuité de la présence du parent auprès de l'enfant depuis sa naissance. • Quatre types de comportements inadaptes du parent dans la réponse aux besoins de l'enfant (non-perception des signaux, interprétation erronée de l'information, échec à choisir une réponse, difficulté à agir).

Caractéristiques des relations familiales	
Données générales selon le PIC	Données spécifiques à la négligence
<ul style="list-style-type: none"> • Type de famille (nucléaire, monoparentale, recomposée). • Composition de la famille (nombre d'enfants, planification des grossesses, caractéristiques de la fratrie). • Fonctionnement familial : <ul style="list-style-type: none"> - Résolution des problèmes. - Communication. - Rôles. - Expression affective. - Engagement affectif. - Maîtrise des comportements. • Réseau de soutien informel (parents ou amis) disponible. Impacts de l'utilisation de ce réseau sur la famille. • Contexte culturel spécifique à la famille et influence sur le mode de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de la négligence dans la famille élargie ou depuis plus d'une génération. • Présence de plusieurs problématiques variées. • Stabilité conjugale. Présence d'une figure paternelle autre que le père biologique des enfants et influence sur la dynamique familiale. • Nombre d'enfants de pères différents et influence sur la dynamique familiale. • Plusieurs enfants dans la famille. • Indices de facteurs de stress. • Caractéristiques des relations parent-enfants (réactions de l'enfant face aux réponses du parent).

Caractéristiques des relations avec le milieu social	
Données générales selon le PIC	Données spécifiques à la négligence
<ul style="list-style-type: none"> • Type d'environnement social. • Intégration de la famille dans la communauté (relations avec le voisinage, utilisation des ressources, etc.). • Réseau de soutien. • Place et rôle de la famille élargie. • Type de pairs. • Activités sociales des membres de la famille. • Intégration des enfants dans le milieu de garde ou le milieu scolaire. Participation à des activités parascolaires. • Attitude des enseignants et du personnel envers les enfants. Climat de la classe et de l'école. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de vie (facteurs de stress, ressources économiques, etc.). • Contexte de vie spécifique de la famille : logement, quartier ou village, etc. • Organisation du milieu de vie (surpeuplement, espace pour exercer les fonctions quotidiennes, etc.). • Influence de l'environnement social sur le fonctionnement de la famille. • Stabilité dans les milieux de vie.

Caractéristiques des relations avec le réseau de services	
Données générales selon le PIC	Données spécifiques à la négligence
<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec les services demandés ou imposés (DPJ). • Coopération des parents avec les services dans le passé (prise de rendez-vous, proposition d'alternatives, maintien des contacts avec l'organisme, etc.). • Résultats des mesures et des services antérieurs reçus par la famille. Capacité des parents à profiter des services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Histoire de suivi des parents ou de sa famille immédiate durant l'enfance. • Histoire de placement des parents ou de la fratrie. • Histoire de suivi familial.

Ces données sont présentées de manière dynamique dans l'analyse, c'est-à-dire en présentant l'influence des caractéristiques de chacune des dimensions les unes sur les autres. Seuls les faits nécessaires et pertinents à la compréhension de la situation sont retenus.

OUTILS CLINIQUES

La collecte de données exhaustive permet par la suite de compléter les **quatre outils cliniques obligatoires** dans le cadre du *Programme d'intervention en négligence*. Ces outils se doivent d'être complétés rapidement au début de l'intervention, dans le but d'assurer des objectifs d'intervention pertinents et réalistes. Ces outils sont :

- **Le Guide d'évaluation des capacités parentales**, adaptation du guide de Steinhauer (de Rancourt et al., 2006). Cette évaluation s'effectue en fonction de quatre centrations : le contexte dans lequel vit la famille, l'enfant, la relation parents-enfant et les parents. Dans chacune de ces centrations sont examinées diverses dimensions : (1) le contexte sociofamilial; (2) le développement de l'enfant; (3) l'attachement; (4) les compétences parentales; (5) le contrôle des impulsions; (6) la reconnaissance de la responsabilité; (7) les facteurs personnels affectant les compétences parentales; (8) le réseau social; (9) l'histoire des services cliniques.
- **Le génogramme**. Cet outil permet de dresser l'arbre généalogique d'une famille. Il contient des informations sur les membres de cette famille et leurs relations sur trois générations. Il est ainsi possible d'identifier la présence d'une transmission intergénérationnelle des problématiques. L'information recueillie représente une riche source d'hypothèses sur la manière dont un problème clinique peut être relié au contexte familial ainsi que sur l'évolution à la fois du problème et de son contexte.
- De plus, l'intervenant fait une **évaluation du développement de l'enfant** permettant de situer le niveau atteint pour chacun des cinq aspects (physique, cognitif, affectif, social et psychosexuel).

Pour ce faire, l'intervenant utilise l'outil de dépistage approprié selon l'âge de l'enfant : la **Grille d'évaluation du développement de l'enfant 0-5 ans – GED** (Centre de liaison sur l'intervention et la prévention sociale [CLIPP], 2005), obligatoire pour tous les enfants de 5 ans et moins; la **Grille du développement de l'enfant 0-18 ans et des activités favorisant son évolution** développée par le Centre jeunesse de Laval (2000) pour les jeunes âgés de 0 à 18 ans; la brochure **Croissance et développement, indices d'abus et de négligence chez l'enfant de la naissance à cinq ans**, développée par Diorio et Fortin (1999).

- **L'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales** (ICBE). Cet instrument permet d'identifier les forces et les faiblesses du milieu parental afin d'en estimer l'impact sur la satisfaction des besoins du ou des jeunes concernés par l'évaluation (Lord et al., 2005).

À l'étape orientation, l'intervenant commence le guide d'évaluation des capacités parentales de Steinhauer, il complète le génogramme de la famille, et il fait une évaluation du développement de l'enfant.

À l'étape application des mesures, l'intervenant poursuit le guide d'évaluation des capacités parentales de Steinhauer, il bonifie le génogramme de la famille en fonction de l'information additionnelle dont il dispose, et il effectue l'ICBE.

5.2.2. Analyse de la situation

L'analyse de la situation permet d'élaborer une hypothèse systémique qui établit le rôle joué par les divers facteurs identifiés dans l'émergence et le maintien de la situation de négligence. Pour ce faire, l'intervenant s'appuie sur :

- La structure familiale : le type de frontières, les rôles et les règles.
- La souplesse du système familial : sa capacité dans les situations nouvelles de remanier sa structure, ses alliances et ses frontières.
- La résonance du système : l'engagement affectif entre les membres de la famille, la différenciation entre les personnes, les frontières entre les sous-systèmes (parental, conjugal, parent-enfant et fratrie), la collaboration entre les membres de la famille et avec l'intervenant.
- Le contexte de vie de la famille : les sources de stress et de soutien, les ressources du milieu, les relations avec l'environnement social.
- Les besoins des parents et ceux des enfants.
- Le stade de développement de la famille : étape dans le cycle de vie familiale, les moyens utilisés pour gérer les tâches de développement qui y sont liées.
- Une hypothèse quant au rôle de la négligence dans le maintien de l'équilibre familial.

En complétant l'analyse de la situation, l'intervenant garde toujours en tête la nécessité d'envisager le meilleur plan de vie adapté aux besoins de l'enfant. Selon le plan de vie ciblé, il est possible que des comités cliniques soient nécessaires afin de statuer sur la question.

L'analyse de la situation permet ainsi de préciser le but de l'intervention qui transparaîtra dans les recommandations du rapport d'orientation. L'objectif général de l'intervention, formulé par l'intervenant à l'application des mesures, s'appuiera également sur les éléments soulevés dans cette analyse.

LA NOTION DE PROJET DE VIE ET LES COMITÉS CLINIQUES

Le projet de vie permet d'assurer un milieu de vie stable et permanent à chaque enfant. Ce milieu de vie assure un lieu d'appartenance auprès de personnes significatives avec qui l'enfant peut développer un lien d'attachement.

Le cadre de référence *Un projet de vie, des racines pour la vie* (ACJQ, 2008) prévoit qu'un projet de vie identifié comme le **projet de vie privilégié**, soit élaboré pour chaque enfant faisant l'objet d'un suivi. Dans certains cas toutefois, des indices de difficultés sérieuses dans la famille laissent voir que ce projet de vie peut aussi échouer, malgré les services proposés. Dans ce cas, la nature et l'intensité des services offerts à la famille sont bien documentées. Un **projet de vie alternatif** est élaboré simultanément, ce qui permet d'assurer sa mise en œuvre rapide, dans le cas où le projet de vie privilégié ne puisse pas s'actualiser.

LES PROJETS DE VIE

Huit options de projets de vie sont retenues au CJM (ACJQ, 2008)⁷⁷ :

- Le maintien dans le milieu familial.
- Le retour dans le milieu familial.
- Le placement chez une personne significative.
- L'adoption.
- La tutelle.
- L'hébergement jusqu'à sa majorité dans une famille d'accueil.
- L'hébergement dans une ressource offrant des services spécifiques⁷⁸.
- L'autonomie.

LES COMITÉS CLINIQUES

Lorsque le retour ou le maintien de l'enfant dans son milieu familial ne semble pas possible, un projet de vie autre doit être élaboré dans les meilleurs délais. Deux comités cliniques ont pour mandat d'évaluer la situation des enfants qui leur sont soumis et de faire une recommandation :

- **Le comité projet de vie (CPV) :**

Le rôle du CPV est d'analyser la situation de l'enfant à partir d'outils cliniques, afin de l'orienter vers le projet de vie le plus approprié à sa situation. Selon la recommandation du comité, un CDPV peut être convoqué par la suite.

Le CPV peut aussi être utilisé comme lieu d'échange clinique permettant d'envisager les différentes hypothèses, alors que l'analyse de la situation n'est pas encore complétée. Le CPV ne fait alors pas de recommandations, mais propose des pistes d'intervention. Lorsque jugé pertinent, plusieurs CPV peuvent être tenus, afin d'assurer un suivi rigoureux de l'évolution de certaines situations particulières. Cette démarche s'inscrit toujours dans une perspective de clarification de projet de vie.

- **Le comité décision projet de vie (CDPV) :**

Ce comité est convoqué dans les trois cas suivants :

- Un projet d'adoption est élaboré pour un enfant. Dans ces cas, le CDPV vise à déterminer si toutes les conditions nécessaires au dépôt d'une requête en admissibilité à l'adoption sont réunies.

⁷⁷ Selon le cadre de référence *Un projet de vie, des racines pour la vie* (ACJQ, 2008). Il est important de distinguer les notions de « projet de vie » et de « but de l'intervention » identifié au plan d'intervention de l'enfant, puisque les options possibles ne sont pas toujours les mêmes.

⁷⁸ L'hébergement en ressource offrant des services spécifiques cible essentiellement les services de réadaptation physique et intellectuelle, de même que les services spécialisés en santé mentale. Cependant, l'ACJQ confirme que de façon très exceptionnelle, l'hébergement en centre de service de réadaptation interne en centres jeunesse représente également un projet de vie pour des adolescents présentant des troubles de comportement sévères.

- La tutelle est envisagée pour un enfant, sans égard à son âge.
- Un placement jusqu'à la majorité est envisagé pour un enfant de 6 ans ou moins. Le CDPV permet de s'assurer que tous les projets de vie sont considérés.

5.2.3. La planification de l'intervention

L'intervention se poursuit ensuite à l'étape d'application des mesures, alors que l'intervenant de la DSJF assure la suite du processus d'intervention.

L'étape de planification de l'intervention s'amorce avec l'élaboration du plan d'intervention (PI). En se référant à l'analyse de la situation faite à l'étape orientation, l'intervenant précise le **but de l'intervention** permettant d'assurer un milieu de vie permanent à l'enfant au terme de l'intervention. Un CPV peut être convoqué lorsqu'on envisage de modifier le but de l'intervention. **L'objectif général** de l'intervention est ensuite identifié. Celui-ci est lié aux motifs d'intervention prévus à la LPJ, de même qu'à la problématique principale à traiter selon l'analyse qui en a été faite. Les **objectifs spécifiques** ainsi que les **moyens** à prendre par les parents et l'enfant sont aussi identifiés, de même que les **activités cliniques** à réaliser par les intervenants pour aider à les atteindre.

La planification de l'intervention doit se concrétiser en tenant compte de la nécessité d'intervenir selon une approche interdisciplinaire et intersectorielle. Lorsque l'analyse de la situation démontre la pertinence d'impliquer des intervenants de plus d'un établissement, un plan de services individualisé (PSI) est élaboré en concertation avec la famille.

En situation de négligence, certains objectifs d'intervention sont prioritaires. Ces objectifs, qui sont aussi en lien avec les objectifs du programme présentés au chapitre 4, sont précisés lors de l'élaboration du plan d'intervention propre à chaque situation. Le tableau 13 présente un rappel des principaux objectifs d'intervention en négligence.

Tableau 13

Les objectifs d'intervention en négligence
(Lord et al., 2005; de Rancourt et al., 2006)

L'enfant
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une réponse aux besoins physiques de l'enfant. • Assurer une réponse aux besoins de santé physique ou mentale requis par l'état de l'enfant. • Assurer une réponse aux besoins éducatifs de l'enfant. • Assurer une réponse aux besoins affectifs de l'enfant. • Assurer la présence continue d'une figure parentale répondant à ses besoins. • Assurer la poursuite ou la reprise du développement de l'enfant, selon les difficultés identifiées. • Réduire les séquelles identifiées en lien avec les événements difficiles ou traumatiques vécus. • Développer des comportements adaptés et les habiletés sociales dans les différentes sphères de la vie (famille, école, pairs, société). • Inciter l'implication dans des activités permettant de développer ses compétences personnelles et les interactions sociales.

Le parent

Dans l'exercice de son rôle parental :

- Développer les compétences générales à exercer le rôle parental.
- Assurer la réponse aux besoins de base des enfants : alimentation, sommeil, vêtements, logement, soins de santé, hygiène, sécurité.
- Offrir une stabilité dans la réponse affective donnée à l'enfant.
- Adopter des attitudes positives face à l'enfant.
- Assurer une surveillance face aux situations à risque et une protection contre les abus.
- Considérer et traiter l'enfant comme une entité distincte.
- Exercer le rôle parental avec pertinence.
- Établir un cadre de vie (normes, règles, etc.).
- Favoriser la socialisation de l'enfant.
- Répondre aux besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant (stimulation, instruction, etc.).
- Offrir un modèle d'identification positif à l'enfant.
- Développer les compétences spécifiques à exercer le rôle parental, selon l'âge et les besoins de l'enfant.
- Assurer un lieu de résidence permanent et stable à la famille.
- Assurer un milieu de vie adapté aux besoins de la famille (ameublement, espace et intimité, services essentiels, etc.).

Concernant les besoins individuels affectant l'exercice du rôle parental :

- Réduire l'impact des difficultés personnelles (dépendance, problème de santé mentale, de santé, déficience intellectuelle, traumatisme non résolu, etc.) sur l'exercice du rôle parental (référer aux ressources appropriées, selon les besoins identifiés).
- Apprendre à gérer les émotions de manière constructive et à contrôler les impulsions (face à l'enfant et à l'entourage).
- Améliorer la capacité d'organisation et développer les habiletés à exécuter les tâches parentales quotidiennes (assurer un régime alimentaire équilibré, budgéter en fonction des ressources, propreté de la maison, etc.).
- Améliorer les habiletés interpersonnelles.
- Augmenter la capacité du parent à se protéger lui-même et à protéger l'enfant (instaurer des frontières personnelles, se protéger des gestes de violence, limiter l'accès au logement à des tiers, etc.).

La famille

- Améliorer le fonctionnement de la famille, selon les difficultés identifiées :
 - Clarté et pertinence des rôles joués et attendus.
 - Communication verbale et non verbale adéquate.
 - Capacité de résoudre les problèmes.
 - Expression affective appropriée entre tous les membres de la famille.
 - Engagement affectif et démonstrations d'empathie entre les membres de la famille.
 - Maîtrise des comportements des membres de la famille.
- Améliorer l'entente entre les parents et, lorsque c'est le cas, viser à éliminer toute manifestation de violence entre eux.
- Diminuer les sources de stress.
- Assurer la concertation entre les divers intervenants impliqués auprès de la famille, afin d'assurer une cohérence dans l'intervention.

Le milieu social

- Assurer un milieu de vie répondant aux besoins de la famille (installations récréatives, transport, milieu socialement adapté, etc.).
- Développer un réseau social positif (réseau informel) permettant de fournir un appui ou de l'assistance dans l'exercice de son rôle parental.
- Intégrer la famille dans les activités de la communauté.
- Développer des liens avec le réseau de services de la communauté (garderie, dépannage alimentaire, etc.) selon les besoins identifiés.

Les activités cliniques sont précisées au PI. Ces activités permettent d'aider à l'atteinte des objectifs d'intervention prévus selon la situation. Le tableau 14 présente un résumé des principales activités cliniques pouvant être offertes par le CJM aux parents et à l'enfant dans les situations de négligence.

Tableau 14

Activités cliniques offertes au CJM

Activité	Objectifs visés
Suivi individuel psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Créer et maintenir une relation de confiance avec tous les membres de la famille. • Aider les parents à prendre conscience de leurs difficultés afin de les amener à trouver des alternatives à leurs comportements et consolider leur disponibilité psychologique à exercer leur rôle parental. Lorsque nécessaire, accompagner les parents vers les établissements pouvant fournir des services spécialisés (déficience intellectuelle, santé mentale ou physique, dépendances). • Aider les parents à développer leurs connaissances sur le développement des enfants. Les aider à développer des conduites parentales sensibles et responsables. • Aider la famille à se développer un réseau social informel positif pouvant exercer un rôle de support auprès des membres dans toutes les sphères de leur vie. • Aider les parents à développer leur capacité à résoudre les problèmes de la vie quotidienne (logement adapté aux besoins de la famille, gestion du budget, besoins de vêtements). • Améliorer la qualité de l'environnement familial. • Assurer que l'enfant reçoive tous les services nécessaires lui permettant de poursuivre son développement et de combler les retards. • Offrir aux enfants des lieux et des occasions de stimulation permettant de développer les habiletés relationnelles et sociales, et de faire différents apprentissages permettant d'introduire des facteurs de protection dans sa vie. • Lorsque requis, assurer la mise en place de scénarios de protection assurant la sécurité de l'enfant. • Coordonner et faciliter l'accès aux services nécessaires à chacun des membres de la famille. • Assurer une évaluation continue de l'évolution de la situation suite aux services rendus, permettant ainsi d'assurer le projet de vie le plus approprié à la situation de l'enfant. • Susciter la concertation pour l'élaboration d'un PSI lors d'une intervention impliquant plus d'un établissement.

Activité	Objectifs visés
Intervention de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention individuelle ou de groupe auprès de l'enfant ou de l'adolescent, dans le cadre externe ou en internat, permettant de compléter l'intervention psychosociale : <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le fonctionnement dans la vie quotidienne. - Améliorer l'adaptation et les habiletés sociales : résolution de conflits, gestion de la colère, expression de soi. - Aider à mettre en application les connaissances apprises pour développer les compétences diverses. • Aider à améliorer la relation entre l'enfant et le parent. • Assurer la poursuite ou la reprise du développement de l'enfant.
Visites supervisées	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des occasions de rencontres pour les parents et les enfants dans un contexte assurant la protection physique et psychique de l'enfant. Cette activité clinique peut viser différents objectifs, notamment l'évaluation et la documentation de la capacité parentale.
Psychothérapie court terme	<ul style="list-style-type: none"> • Aider l'enfant à dénouer certains aspects de sa dynamique interne en lien avec les difficultés vécues.
Thérapie de groupe pour enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Aider à réduire les séquelles liées à des expériences passées. • Partager les expériences avec d'autres enfants et objectiver le vécu.
Groupe de parents	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les compétences parentales. • Offrir des occasions de développer un réseau social élargi et positif. • Valoriser l'estime de soi, développer les habiletés personnelles, etc.
Ateliers de stimulation/activités de socialisation	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la poursuite ou la reprise du développement de l'enfant. • Permettre le développement de leurs compétences sociales et personnelles : centre de la petite enfance, milieu scolaire, maison de la famille, centre de jour, loisir municipal, camp de jour, camp de vacances, etc.

Le tableau 15 présente un résumé des principales activités offertes par les établissements et les différents organismes communautaires du milieu. Ces activités sont présentées à titre indicatif puisqu'elles varient selon le mandat propre à chaque établissement ou organisme. Le répertoire d'activités cliniques en négligence précisera les activités du CJM ainsi que celles avec qui des ententes de partenariat ont été conclues.

Tableau 15**Activités cliniques offertes par les autres établissements ou organismes de la communauté**

Activité	Objectif visé
ACTIVITÉS DESTINÉES AUX ENFANTS	
Psychothérapie court ou long terme	<ul style="list-style-type: none"> • Aider l'enfant à dénouer certains aspects de sa dynamique interne en lien avec les difficultés vécues.
Services spécialisés (pédopsychiatrie, ergothérapie, orthophonie, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre de réduire les séquelles liées à des expériences passées ou d'améliorer l'état général de l'enfant.
Thérapie de groupe pour enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Aider à réduire les séquelles liées à des expériences passées. • Partager les expériences avec d'autres enfants et objectiver le vécu.
Suivi médical	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiquer des problèmes physiques spécifiques : retard de croissance, abus sexuel, etc. • Assurer le traitement médical requis par l'état de l'enfant.
Ateliers de stimulation/activités de socialisation	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la poursuite ou la reprise du développement de l'enfant. • Permettre le développement de leurs compétences sociales et personnelles : centre de la petite enfance, milieu scolaire, maison de la famille, centre de jour, loisir municipal, camp de jour, camp de vacances, etc.
ACTIVITÉS DESTINÉES AUX PARENTS	
Thérapie individuelle ou de groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Aider le parent à dénouer certains aspects de sa dynamique interne. • Aider à atténuer les séquelles en lien avec des incidents vécus : victime d'abus sexuel, de violence conjugale, traumatisme, etc. • Développer des comportements mieux adaptés suite à des problèmes particuliers : dépendances, santé mentale, agresseur (sexuel, conjugal), etc.
Groupe de parents	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les compétences parentales. • Offrir des occasions de développer un réseau social élargi et positif. • Valoriser l'estime de soi, développer les habiletés personnelles, etc.
Groupes de soutien	<ul style="list-style-type: none"> • Aider à cheminer en compagnie d'aidants naturels avec des objectifs de croissance personnelle.
Activités propres aux ressources communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des habiletés spécifiques en réalisant des activités concrètes : <ul style="list-style-type: none"> - Cuisine collective. - Services d'aide et d'éducation en matière de budget, d'endettement ou de consommation. - Organisme visant à l'insertion sociale ou à l'intégration sur le marché du travail. - Groupe d'entraide en alphabétisation. • Recevoir de l'aide dans le but de satisfaire aux différents besoins de la famille : <ul style="list-style-type: none"> - Banque d'aide alimentaire. - Ressources d'entraide permettant de se procurer des vêtements et des appareils ménagers à moindre coût. - Services d'information et d'aide aux locataires.

L'analyse de la situation permet aussi de déterminer le type d'accompagnement nécessaire pour parvenir à apporter les changements souhaités et faire en sorte que la sécurité ou le développement de l'enfant ne soit plus compromis et que la situation ne se reproduise plus.

Selon les compétences des personnes, l'accompagnement peut varier d'un moyen ou d'une activité à l'autre. De même, on peut s'attendre à ce que le type d'accompagnement évolue alors que les personnes développent leurs habiletés.

Le tableau 16 présente quatre types d'accompagnements possibles avec des indications quant à leurs impacts sur le parent.

Tableau 16

Types d'accompagnement

Accompagnement	Impact sur le parent
Faire à la place de...	<ul style="list-style-type: none"> • Le parent n'est pas en mesure de répondre à certains besoins fondamentaux de l'enfant et n'est pas disponible pour faire des apprentissages. Les limites peuvent être temporaires ou permanentes, mais il est nécessaire de suppléer aux incapacités afin d'assurer la réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant. • Une autre personne assure la réponse aux besoins de l'enfant, de manière temporaire ou permanente, selon la situation. • La personne est invitée à régler ses difficultés. L'accompagnement permet un réaménagement de la relation parent-enfant, compte tenu de la particularité de la situation.
Faire avec...	<ul style="list-style-type: none"> • Le parent éprouve des difficultés à répondre à certains besoins de l'enfant et doit apprendre comment faire. • L'intervenant accompagne le parent en réalisant les tâches avec lui. Il l'informe afin de développer ses connaissances et lui enseigne des façons de faire. Il l'encourage à agir. • Les nouvelles connaissances et l'observation permettent à la personne de développer ses compétences de même que son estime personnelle à travers les succès vécus.
Faire faire...	<ul style="list-style-type: none"> • Le parent a des compétences, mais est à court de moyens pour certains aspects. Lorsqu'on le guide ou qu'on lui assigne des tâches, il agit et assure la réponse aux besoins de l'enfant. • L'intervenant et le parent sont impliqués dans un processus interactif. Selon la situation, ils déterminent les moyens à prendre, ou encore l'intervenant assigne des tâches. Ils font ensuite des retours sur ce qui s'est vécu. • La personne développe ses compétences et vit des succès contribuant à développer son estime d'elle-même.
Laisser faire...	<ul style="list-style-type: none"> • Le parent a la capacité d'accomplir seul certaines démarches ou de répondre à certains besoins de l'enfant. • L'intervenant constate ce qui se fait, encourage, valorise et offre le support nécessaire. • Le renforcement des compétences permet de valoriser la personne.

5.2.4 La mise en œuvre et la révision du plan d'intervention

Ces deux étapes distinctes permettent d'assurer la mise en place des moyens et des activités cliniques permettant d'atteindre les objectifs prévus au PI et de les réviser selon les délais prévus.

L'évolution de la situation fait l'objet d'une évaluation continue tout au long du processus d'intervention clinique, notamment lors de l'accompagnement offert par l'intervenant à l'application des mesures. S'il y a lieu, les moyens et les activités cliniques sont révisés, tenant compte des résultats observés. Une attention particulière est apportée aux indices de difficultés dans l'actualisation du projet de vie privilégié pour l'enfant, afin de prendre rapidement les mesures les plus appropriées : varier la nature des services offerts, ou sinon, mettre en place rapidement le projet de vie alternatif pour l'enfant.

Il est à noter qu'un répertoire d'activités cliniques en négligence sera élaboré dans le but de supporter la mise en œuvre du plan d'intervention.

5.2.5 La fin de l'intervention

L'intervention en protection de la jeunesse arrive à son terme lorsque la situation de négligence s'est résorbée et que la sécurité et le développement de l'enfant ne sont plus compromis. Dans ce contexte, lorsque la situation de négligence persiste ou qu'un besoin d'aide est identifié et qu'il peut être répondu par l'entremise d'un établissement partenaire, l'intervenant au dossier se voit dans l'obligation d'effectuer une référence et un transfert personnalisé de l'information lorsque la famille se montre ouverte à cette option. Un rapport de révision est rédigé en reprenant les motifs d'origine justifiant une intervention en négligence, en identifiant aussi les résultats de l'intervention, et en précisant les critères pour la fermeture du dossier. Dans le contexte où la situation de négligence s'est résorbée mais que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis sous un autre alinéa de la LPJ, par exemple si l'enfant a développé des troubles de comportement découlant de cette situation de négligence, l'intervention en protection de la jeunesse suit son cours en fonction du programme clinique propre à la problématique ciblée.

Conclusion

Ce programme se veut une synthèse des principaux concepts théoriques et pratiques expliquant la problématique de la négligence, permettant d'aider les intervenants à acquérir une compréhension la plus juste possible du phénomène de la négligence, de la dynamique particulière des membres de ces familles et des défis particuliers suscités par l'intervention.

Les données théoriques présentées permettent d'abord de faire quelques constats plus généraux. Nous avons en effet considérablement progressé ces dernières décennies dans la compréhension de tout ce dont les enfants avaient besoin pour se développer. Ce faisant, nous réalisons combien les tâches parentales sont diversifiées et importantes, et combien la présence de parents sensibles et attentionnés est indispensable pour les enfants.

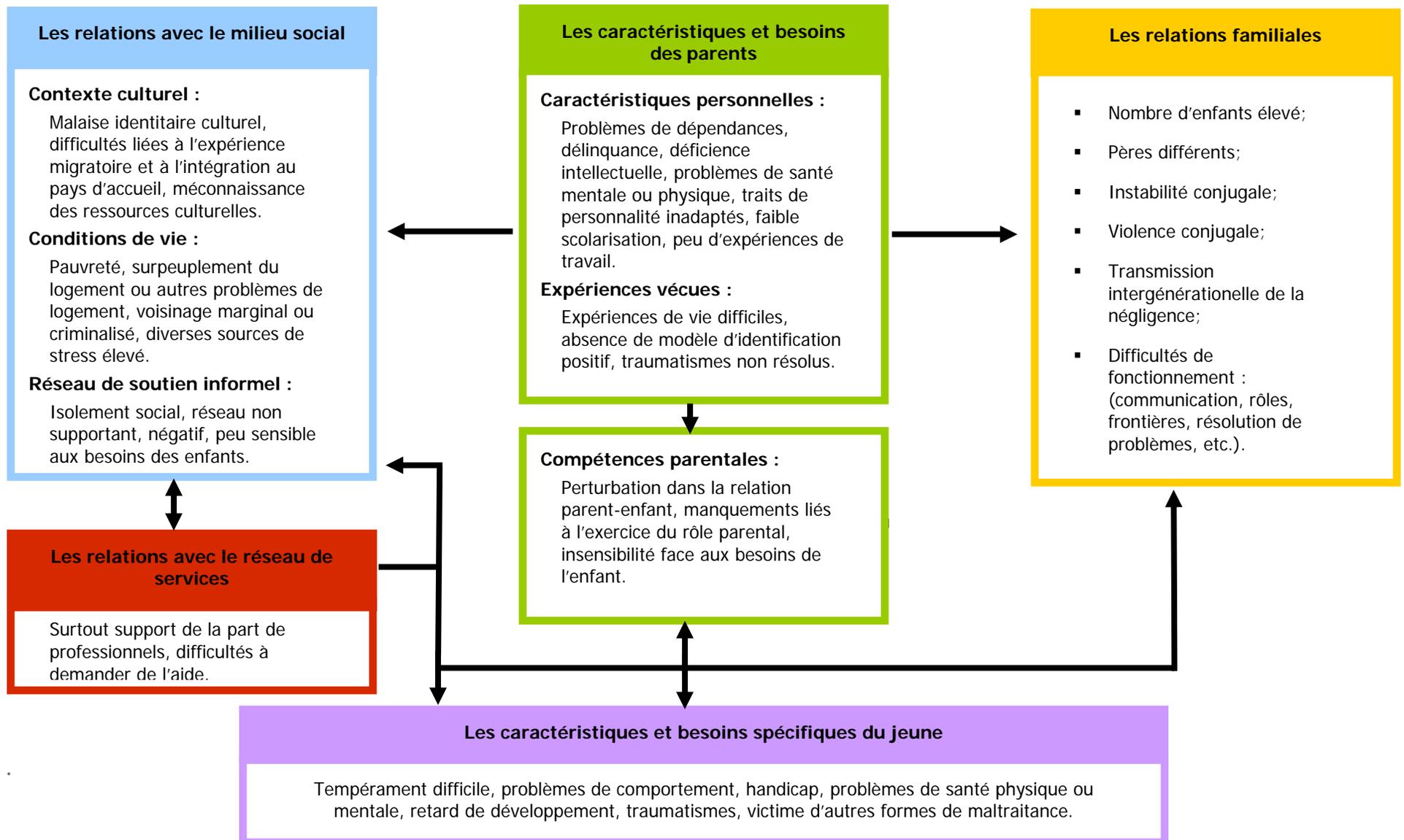
Les différentes données provenant des recherches permettent aussi de confirmer ce que les intervenants constatent depuis longtemps : même si la négligence est très répandue chez la clientèle en centres jeunesse, il s'agit d'une problématique complexe. De nombreux facteurs sont impliqués, constituant autant de cibles d'intervention. Ces situations de négligence perdurent souvent depuis longtemps, ce qui entraîne des conséquences multiples chez les personnes.

On constate aussi la présence de différentes problématiques chez les parents, souvent liées à des besoins très spécifiques, ayant des impacts sur leur capacité d'exercer leur rôle, créant ainsi des défis particuliers pour l'intervention. La négligence survient régulièrement en concomitance avec d'autres problématiques visées par l'application de la LPJ, et ces dynamiques familiales entraînent de nouvelles, ce qui souligne la rigueur nécessaire à la compréhension de ces situations plus particulières.

Considérer la variété des multiples cibles d'intervention dans le domaine de la négligence implique une nécessité de s'orienter vers une approche interdisciplinaire et intersectorielle. Les interventions planifiées, en collaboration avec les différents professionnels et avec les établissements partenaires, seront nécessairement plus rigoureuses et plus adaptées aux divers besoins de la clientèle. Les interventions seront bonifiées par les expertises propres à chacun, entre autres celles spécifiques aux diverses problématiques associées à la négligence.

Le programme d'intervention nous rappelle qu'en négligence, il est tout aussi important pour l'intervenant de chercher à développer une relation de confiance avec les membres de la famille, que de viser à parfaire ses connaissances théoriques de la problématique. Le **savoir**, la reconnaissance des difficultés vécues par les personnes, doivent nécessairement être accompagnés de **savoir-être**, permettant d'entrer en relation avec eux afin de les impliquer dans un processus d'intervention.

ANNEXE 1 : Les facteurs de risque propres à chacune des dimensions impliquées dans la dynamique de la négligence



* Les flèches démontrent l'influence de chacune des dimensions les unes sur les autres.

** À noter que les caractéristiques présentées pour les dimensions parent et enfant constituent des facteurs de risque traduisant divers besoins spécifiques.

ANNEXE 2 : Synthèse des aspects à couvrir dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement en négligence

RISQUE SÉRIEUR POUR LA SÉCURITÉ IMMÉDIATE Si présence d'un potentiel imminent de violence ou d'atteinte à la sécurité immédiate					
ACTION REQUISE Mesures immédiates de protection (se référer à la grille de soutien à la décision)					
À L'ÉTAPE ÉVALUATION-ORIENTATION				OUTILS CLINIQUES	
IDENTIFIER LA FORME DE NÉGLIGENCE					
Physique	Soins de santé	Éducative	Affective ou psychologique	SSP	
IDENTIFIER LE TYPE DE NÉGLIGENCE					
Circonstancielle		Chronique			ICBE
VULNÉRABILITÉ, CARACTÉRISTIQUES ET BESOINS SPÉCIFIQUES DU JEUNE					
Retard de développement	Indicateurs de stress ou de traumatisme	Indices quant au type d'attachement	Comportements problématiques, mauvaise perception de soi, comportements adaptatifs	GED* ou Grille Diorio Fortin* ou Grille du CJ Laval*	
CAPACITÉ PARENTALE, CARACTÉRISTIQUES ET BESOINS DES PARENTS					
Caractéristiques personnelles : problématique de santé mentale, déficience intellectuelle, consommation de substances.	Expériences vécues : mauvais traitements durant l'enfance, perception des expériences vécues, séquelles ou traumatisme.	Compétences parentales : exercice du rôle parental (protection, autorité, identification, affection, éducation.	Relation parent-enfant : planification de la grossesse, continuité de la présence du parent depuis la naissance de l'enfant.	Guide de Steinhauer* ICBE	
RELATIONS FAMILIALES					
Transmission intergénérationnelle de la négligence, caractéristiques de la relation conjugale des parents, caractéristiques de la relation entre la fratrie.				Génogramme*	
RELATIONS AVEC LE MILIEU SOCIAL					
Réseau peu supportant, conditions de vie difficiles, isolement social, conflits interpersonnels à répétition.					
RELATIONS AVEC LES SERVICES					
Reconnaissance des problèmes	Motivation à régler les problèmes	Coopération avec les services		ICBE	
ANALYSE DE LA SITUATION					
– Élaboration d'une hypothèse clinique systémique pour expliquer la négligence. – Considération de la notion de projet de vie. – Comités cliniques lorsque la situation le requiert. – But de l'intervention. – Objectif général.					
À L'ÉTAPE APPLICATION DES MESURES				OUTILS CLINIQUES	
Élaboration d'un plan d'intervention et d'un plan de services individualisé				Guide de Steinhauer* ICBE*	
But de l'intervention (élaboré à E/O)					
Objectif général	Objectifs spécifiques	Moyens à prendre par les parents et l'enfant	Activités cliniques à réaliser par les intervenants		
TYPES D'ACCOMPAGNEMENT					
Laisser faire... Féliciter Valoriser Ajuster si nécessaire	Faire faire... Superviser Assigner des tâches Donner des devoirs	Faire avec... Accompagner Conseiller Supporter	Faire à la place de... Contrôler et superviser les visites Placer l'enfant		
PARTENAIRES IMPLIQUÉS ET LEUR CONTRIBUTION					
CJM	CSSS	Organismes communautaires	Autres...		
RÉVISION DU PLAN D'INTERVENTION OU FIN DE L'INTERVENTION					

* Outils cliniques obligatoires pour le *Programme d'intervention en Négligence*.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2002). **Attachement du nourrisson – ce que les professionnels doivent savoir** [En ligne]. Consulté le 14 janvier 2010, tiré de http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pub/fc-pc/pdf/pc-profneedtoknow_f.pdf
- Ainsworth, Mary D. (1969). *Object relation, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship*. **Child Development**, 40 (4), pp. 969-1025.
- Ainsworth, Mary D. (1978). **Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation**. Toronto: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, Mary D. (1983). *L'attachement mère-enfant*. **Enfance**, 35 (1-2), pp. 7-18.
- Alexandre, Louiselle; Labrie, Rosanne; Rouillard, Pierre. (2005). **Ma vie, mes choix : guide à l'intention des intervenants. Pour aider les personnes atteintes de psychose à réduire ou cesser leur consommation d'alcool ou de drogues**. Charlesbourg : L. Alexandre.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV** (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Archer, Caroline. (2007). **Enfant qui a mal, enfant qui fait mal : Nourrissons, petits enfants : Conseils pour les parents adoptifs et les parents d'accueil**. Bruxelles : De Boeck Université.
- Association américaine du retard mental. (2003). **Retard mental : définition, classification et systèmes de soutien**. Eastman : Édition Behaviora inc.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2007). **Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse**. Montréal : L'Association.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2008). **Un projet de vie, des racines pour la vie**. Montréal : L'Association.
- Babor, Thomas F. (et al). (2001). **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care**. Geneva: World Health Organization.
- Bédard, Jean. (1998). **Familles en détresse sociale : repères d'action : tome I : du social au communautaire**. Sillery : Anne Sigier.
- Bertrand, Karine; Ménard, Jean-Marc. (2006). *Toxicomanie et parentalité : une cible d'intervention importante pour le programme « Faire la courte échelle »*. **Info-toxico**, 18 (1), pp. 1-4.
- Bérubé, Line (et al.). (2007). **Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : programme-services jeunes en difficulté**. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction des communications.

- Bérubé, Louise. (2004). **Parents d'ailleurs, enfants d'ici : dynamique d'adaptation du rôle parental chez les immigrants**. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bisaillon, Claude. (2008). **Attachement et adaptation socio-émotionnelle chez des enfants hébergés en centres jeunesse** [thèse] [En ligne]. Montréal : Université du Québec à Montréal. Consulté le 14 janvier 2010, tiré de <http://www.archipel.uqam.ca/1757/01/D1741.pdf>
- Boily, Marc. (2006). **Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale : regard sur la parentalité**. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Booth, Tim. (2000). *Parents with learning difficulties, child protection and the courts*. **Representing children**, 13 (3), pp. 175-188 [En ligne]. Consulté le 17 novembre 2009, tiré de <http://www.supportedparenting.com/parenting/booth.pdf>
- Bosworth, Alexandra. (2001). **L'enfant blessé, l'enfant qui blesse : méthodes éducatives spécifiques pour parents d'enfants présentant des troubles de l'attachement**. Cugy: A. Bosworth.
- Boulet, Marie-Claude; Éthier, Louise; Couture, Germain. (2004). *Événement de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques*. **Santé mentale au Québec**, XXIX (1), pp. 221-242.
- Bowlby, John. (1958). *The nature of the child's tie to his mother*. **International Journal of Psycho-Analysis**, XXXIX (1-23).
- Bowlby, John. (1978a). **Attachement et perte 1 : L'attachement**. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bowlby, John. (1978b). **Attachement et perte 2 : Séparation, colère et angoisse**. Paris : Presses Universitaires de France.
- Brisson-Amyot, Pierrette. (2002). *La spécificité de la médiation en contexte d'autorité*. In: **Médiation et négociation en relation d'aide et en contexte d'autorité** / Luc Bernard. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval. pp. 233-241.
- Brousseau, Michèle. (2000). **La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés**. Québec : Université Laval, École de service social.
- Brousseau, Michèle. (2006). **Le fonctionnement familial : représentations de praticiens sociaux et pratiques centrées sur la famille en négligence**. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- Brown, Richard L. (et al.). (1998). *The prevalence and detection of substance use disorder among inpatients: An opportunity for prevention*. **Preventive Medicine**, 27 (1), pp. 101-110.
- Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. (2008). **Coup d'œil sur l'usage du tabac pendant la grossesse** (feuillet) [En ligne]. Consulté le 28 novembre 2008, tiré de <http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/TabagismeFRmcp.pdf>

- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales. (2005). **Grille d'évaluation du développement de l'enfant 0-5 ans – GED**. Montréal : Le Centre.
- Centres jeunesse de la Montérégie (Les). (2001). **Ensemble pour les familles. Le P.A.I.N. : Programme d'aide intersectoriel en négligence**. Longueuil : Les Centres, Direction des services professionnels.
- Centres jeunesse de la Montérégie (Les). (2002). **Ensemble pour le jeune et ses parents : programme d'intervention en troubles de la conduite**. Longueuil : Les Centres, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2005). **Pour chaque jeune, un lien, un lieu pour s'épanouir : programme d'intervention en abandon**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2007a). **Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2007b). **Grandir en paix, sans crainte, ni coups : programme d'intervention en violence familiale**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie, Centre jeunesse de l'Estrie. (2007). **Projets de vie et troubles de la conduite : Historique, trajectoire, continuité et intensité des services dans deux centres jeunesse**. Projet Multi Savoirs PIBE. Longueuil : Centre jeunesse de la Montérégie.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2009). **Apprivoiser les différences : programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite** (Nouv. éd. rev.). Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2010a). **Le processus d'intervention clinique au Centre jeunesse de la Montérégie**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2010b). **Tronc commun aux programmes d'intervention clinique**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de Laval. (2000). **Grille du développement de l'enfant 0-18 ans et des activités favorisant son évolution**. Laval : Le Centre.
- Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. (2006). **Bilan du DPJ 2005-2006 : Toxicomanie des parents et maltraitance**. Montréal : Le Centre.
- Chamberland, Claire; Léveillé, Sophie; Trocmé, Nico. (2007). **Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher**. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Child Welfare League of America. (2004). **Standards of Excellence for Residential Services** (rev. ed.). University Park, IL: Child Welfare League of America.
- Cohen-Emerique, Margalit. (1993). *L'approche interculturelle dans le processus d'aide*. **Santé mentale au Québec**, XVIII (1), pp. 69-91.

- Cohen-Emerique, Margalit. (2000). *L'approche interculturelle auprès des immigrants*. In: **L'intervention interculturelle** / sous la direction de Gisèle Legault. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur. pp. 161-184.
- Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse. (2004). **La protection des enfants : une responsabilité à mieux partager : rapport**. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Cook, Alexandra (et al.). (2007). *Complex trauma in children and adolescents*. **Focal point**, 21 (1), pp. 4-8 [En ligne]. Consulté le 14 janvier 2010, tiré de <http://www.rtc.pdx.edu/PDF/fpW07.pdf>
- Couture, Sophie (et al.). (2008). **La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse et chez les mères et pères d'enfants de 0 à 5 ans : revue de la littérature**. Document préparé pour la Direction de la santé publique de la Montérégie.
- Crittenden, Patricia. (1988). *Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families*. In: **Early prediction and prevention of child abuse** / Kevin D. Browne, Cliff Davies, Peter Stratton. New York: John Wiley & Sons. pp. 160-187.
- Crittenden, Patricia. (1993). *An information-processing perspective on the behavior of neglectful parents*. **Criminal justice and behavior**, 20 (1), pp. 27-48.
- de Villiers, Marie-Éva. (2003). *Approche systémique*. In : **Multi dictionnaire de la langue française**. Montréal : Québec Amérique.
- de Rancourt, Lise (et al.). (2006). **Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer : 0 à 5 ans**. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Dépersonnalisation. (2007). **Petit Larousse illustré 2007**. Paris : Larousse.
- Déréalisation. (2007). **Petit Larousse illustré 2007**. Paris : Larousse.
- Dionne, Carmen (et al.). (1999). *Le retard du développement intellectuel*. In: **Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative** / Emmanuel Habimana, Louise S. Éthier, Djaouida Petot, Michel Tousignant. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur. pp. 317-347.
- Diorio, Geneviève; Fortin, Gilles. (1999). **Croissance et développement, indices d'abus et de négligence chez l'enfant de la naissance à cinq ans**. Montréal : Hôpital Sainte-Justine.
- Dubuc, Bruno. (s.d.). **Les régions cérébrales qui se taisent ou s'emballent durant la dépression** [En ligne]. Ottawa : Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. Consulté le 17 mars 2010, tiré de http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_08/i_08_cr/i_08_cr_dep/i_08_cr_dep.html
- Duchesne, Stéphane. (2008). *Soutien social et familles vulnérables : conceptualisation, intervention et évaluation*. In: **L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables**. Québec : Presses de l'Université du Québec. pp. 33-51.

- Dumont, Caroline; Paquette, Daniel. (2008). *L'attachement père-enfant et l'engagement paternel : deux concepts centraux pour mieux prédire le développement de l'enfant*. **Revue de psychoéducation**, 37 (1), pp. 27-46.
- Éthier, Louise S. (et al.). (1998). **Réussir en négligence**. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF). Trois-Rivières : Les Centres jeunesse Mauricie Bois-Francis.
- Éthier, Louise S. (et al.). (2006). **L'évolution des familles négligentes : chronicité et typologie : rapport de recherche FQRSC**. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Éthier, Louise S. (et al.). (2008). **Guide de formation du Programme ÊTRE : Effets des traumatismes relationnels chez les enfants**. Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF). Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Éthier, Louise S.; Lacharité, Carl. (2008). *Les caractéristiques familiales et personnelles du parent dont l'enfant demeure en besoin de protection*. In: **L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables** / George M. Tarabulsky. Québec : Presses de l'Université du Québec, pp. 53 à 75.
- Ewing, John A. (1984). *Detecting Alcoholism: the CAGE Questionnaire*. **Journal of the American Medical Association**, 252 (14), pp. 1905-1907.
- Feldman, Maurice A. (1986). *Research on parenting by mentally retarded persons*. **Psychiatric Clinics of North America**, 9 (4), pp. 777-796.
- Fernandez, Lydia (et al.). (2005). *Module VI – Outils psychométriques* [En ligne]. In: **Démarches épidémiologiques après une catastrophe** / Pierre Verger, Marielle Aulagnier, Valérie Schwoebel, Thierry Lang. Paris : Ministère de l'écologie et du développement durable. pp. 66-77. Consulté le 4 novembre 2009, tiré de http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie_catastrophes/index.html
- Filion, Lorraine. (2006). **Approche médiation auprès des familles en difficultés : un bref survol**. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Forum national sur la santé. (1997). **La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier**. Rapport final du Forum national sur la santé. Ottawa : Ministre des travaux publics et Services gouvernementaux.
- Franchitto, M. C.; Peyrefort, E.; Tellier, G. (2000). **Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge** [En ligne]. *Toxibase*, (2), pp. 1-12. Consulté le 15 janvier 2010, tiré de http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_mater.pdf
- Gaudin, James M. (1993b). *Effective intervention with neglectful families*. **Criminal Justice and Behaviour**, 20 (1), pp. 66-89.
- Gaumont, Chloé. (2009). **Portrait de la clientèle hébergée au Centre jeunesse de la Montérégie**. Longueuil : Centre jeunesse de la Montérégie, Direction des services professionnels.

- Guay, France (et al.). (1997). *L'impact de la déficience intellectuelle sur la problématique de la négligence parentale*. **Revue Européenne du Handicap mental**, 4 (15), pp. 3-15.
- Guedeney, Nicole; Guedeney, Antoine. (2006). **L'attachement : concepts et applications**. Paris : Masson.
- Johnson, Edward E. (et al.). (1997). *The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers*. **Psychological Reports**, 80 (1), pp. 83-88.
- Kaplan, Caren (et al.). (2009). *Shining Light on Chronic Neglect: Core Issues Facing Our Most Vulnerable Families*. **Protecting Children: A Professional Publication of American Human**, 24 (1).
- Lacharité, Carl (et al.). (2005). **Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC2) : guide de programme**. Trois-Rivières : Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN).
- Lacharité, Carl; Éthier, Louise S.; Nolin, Pierre. (2006). *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*. **Bulletin de psychologie**, 59 (4), pp. 381-394.
- Lacharité, Carl (et al.). (2007). *Faire la courte échelle : Développement d'un programme de services intégrés pour contrer la négligence envers les enfants*. In: **Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher**. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Le Camus, Jean. (2004). **Le vrai rôle du père**. Paris : O. Jacob Poches.
- Lecompte, Jocelyne (et al.). (2002). **Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec**. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Loi sur la protection de la jeunesse. L.R.Q., chapitre P-34.1, version à jour au 1^{er} janvier 2010** [En ligne]. Consulté le 19 janvier 2010, tiré de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html
- Lord, Monique; Thibault, Michel. (2005). **Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (I.C.B.E.)**. Sainte-Foy : Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- Main, Mary; Solomon, Judith. (1990). *Procedure for identifying infants as disorganised / disoriented during the Ainsworth strange situation*. In: **Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention** / Mark T. Greenberg, Dante Cicchetti & Mark E. Cummings (Eds.). Chicago: University of Chicago Press. pp. 121-160.
- Mayer, Micheline. (1998). *La négligence envers les enfants : ses liens avec la violence*. **Défi jeunesse**, IV (4).
- Mayer, Micheline (et al.). (2005). *Toxicomanie parentale et négligence envers les enfants : les révélations de l'Étude d'incidence québécoise (ÉIQ)*. In: **Les jeunes et les drogues : usages et dépendances**. Québec : Presses de l'Université Laval. pp. 71-106.

- Mayer-Renaud, Micheline. (1990). **Les enfants négligés sur le territoire du CSSMM : volume 2 : leurs caractéristiques personnelles, familiales et sociales.** Montréal : Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, Service des communications.
- McCain, Margaret Norrie; Mustard, J. Fraser. (1999). **Inverser la véritable fuite des cerveaux : étude sur la petite enfance : rapport final.** Toronto : Institut canadien de recherches avancées.
- Miller, Willam R.; Rollnick, Stephen. (2002). **Motivational Interviewing: Preparing people for change.** New York: Guilford Press.
- Minagawa-Kawai, Yasuyo (et al.). (2009). *Prefrontal activation associated with social attachment: facial-emotion recognition in mothers and infants.* **Cerebral Cortex**, 19 (2), pp. 284-292. Erratum in: **Cerebral Cortex**, 19 (4), p. 992.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1996). **Le processus d'élaboration du plan d'intervention en services de réadaptation auprès de la mère en difficulté d'adaptation : guide de formation.** Québec : Le Ministère.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). **Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an.** Québec : Le Ministère.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). **Définition des termes et concepts utilisés dans la ventilation de la table des valeurs des articles 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse.** Québec : Le Ministère.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). **Manuel de référence sur la protection de la jeunesse : version préliminaire.** Québec : Le Ministère.
- Négligence. (2006). **Petit Larousse illustré 2007.** Paris : Larousse.
- Nolin, Pierre. (2004). *Neuropsychologie et étude de la maltraitance.* In: **Neuropsychologie : cognition et développement de l'enfant** / sous la direction de Pierre Nolin et Jean-Paul Laurent. Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec. pp. 235-270.
- Olds, Sally W.; Papalia, Diane E. (2003). **Le développement de la personne**, adaptation sous la direction de Carole Ledoux, (5^e éd.). Laval : Groupe Beauchemin.
- Oxman-Martinez, Jacqueline; Moreau, Jacques. (2002). **Intergenerational transmission of adjustment difficulties in teen mothers: personal helplessness and social strain.** Montréal : McGill University.
- Palacio-Quintin, Ercilla; Éthier, Louise S. (1993). *La négligence, un phénomène négligé.* **Apprentissage et socialisation**, 16 (1-2), pp. 153-164.
- Palacio-Quintin, Ercilla; Jourdan-Ionescu, Colette. (1994). *Effets de la négligence et de la violence sur le développement des jeunes enfants.* **Prisme**, 4 (1), pp. 145-156.

- Paquette, Daniel (et al.). (2009). *Les pères ont-ils des influences spécifiques sur le développement des enfants ?* In : **La paternité au XXI^e siècle** / sous la direction de Diane Dubeau, Annie Devault, Gilles Forget. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Perry, Bruce D. (2004). **Understanding traumatized and maltreated children: the core concepts: Neglect; how poverty of experience disrupts development**. Houston, TX: Child Trauma Academy.
- Pierrehumbert, Blaise; Miljkovitch, Raphaële. (2000). *La présomption de continuité des modèles d'attachement. Incitation ou entrave à la création scientifique*. In: **Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain** / sous la direction de George M. Tarabulsy, Simon Larose, David R. Pederson, Greg Moran. Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec. pp. 205 à 234.
- Pinard, Pierre; Gagnier, Jean-Pierre. (2002). **Programme national de formation : module 207 : intervention en négligence : manuel du formateur**. [s.l.] : Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN).
- Pinard, Pierre. (2005). **Faire la courte échelle pour atteindre l'inaccessible face à la négligence**. Trois-Rivières : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Roy, Ghislaine. (2000). *Les modèles de pratique*. In: **L'intervention interculturelle** / sous la direction de Gisèle Legault. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur. pp. 131-145.
- Savourey, Michèle. (2002). **Recréer les liens familiaux : médiation familiale et soutien à la parentalité**. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- St-Antoine, Michelle. (1999). *Les troubles de l'attachement*. **Défi jeunesse**, VI (1), pp. 3-7.
- St-Antoine, Michelle; Rainville, Suzanne. (2004). *Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic*. **Prisme**, (44), pp. 230-247.
- Steinhauer, Paul D. (1998). *Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés*. In: **Les déterminants de la santé; les enfants et les adolescents**. Ottawa : Forum national sur la santé. pp. 47-102.
- Sullivan, Susan. (2000). **La négligence à l'égard des enfants : définitions et modèles actuels : examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants 1993-1998** [En ligne]. Ottawa : Santé Canada, Unité de la prévention de la violence familiale. Consulté le 14 janvier 2010, tiré de http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfnts-childbneglect_f.pdf
- Tarabulsy, George M. (et al.). (2008). **L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables**. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Vitaro, Frank (et al.). (2006). **Les enfants de parents affectés d'une dépendance : problèmes et résilience**. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Whitman, Barbara Y.; Accardo, Pasquale J. (1990). *Mentally retarded parents in the community*. In: **When a Parent is Mentally Retarded** / Barbara Y. Whitman & Pasquale J. Accardo (Eds). Baltimore, MD: Paul H. Brookes. pp. 3-10.

Winnicott, D. W. (2006). **La mère suffisamment bonne**. Paris : Payot & Rivages.

Zeanah, Charles H. (1996). *Pathologie du lien parent-nourrisson et transmission intergénérationnelle*. **Prisme**, 6 (1), pp. 55-71.

Zero to three / National center for infants, toddlers and families. (1994). **Classification diagnostique de 0 à 3 ans : classification diagnostique des troubles de la santé mentale et du développement de la première et de la petite enfance**. Genève : Médecine et Hygiène.



centrejeunessemonteregie.qc.ca