

# Jeunesse en tête

AU-DELÀ DU RISQUE DE MALTRAITANCE,  
LES BESOINS DE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS

Sous la direction de  
Marie-Andrée POIRIER, Sophie LÉVEILLÉ et Marie-Ève CLÉMENT









Jeunesse en tête

## Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone : 418 657-4399

Télécopieur : 418 657-2096

Courriel : puq@puq.ca

Internet : www.puq.ca

### *Diffusion/Distribution :*

- CANADA** Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec) J7H 1N7  
Tél. : 450 434-0306 / 1 800 363-2864
- FRANCE** AFPU-D – Association française des Presses d'université  
Sodis, 128, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99
- BELGIQUE** Patrimoine SPRL, avenue Milcamps 119, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 02 736 68 47
- SUISSE** Servidis SA, Chemin des Chalets 7, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32



La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

# Jeunesse en tête

AU-DELÀ DU RISQUE DE MALTRAITANCE,  
LES BESOINS DE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS

Sous la direction de  
Marie-Andrée POIRIER, Sophie LÉVEILLÉ  
et Marie-Ève CLÉMENT



Presses de l'Université du Québec

## Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Jeunesse en tête : au-delà du risque de maltraitance, les besoins  
de développement des enfants

Textes présentés lors d'une conférence internationale tenue à Montréal  
le 27 octobre 2010.

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7605-4185-6

1. Jeunesse – Protection, assistance, etc. – Congrès. 2. Familles inadaptées – Congrès.  
3. Familles d'accueil – Congrès. 4. Jeunesse – Protection, assistance, etc. – Études de cas.  
I. Poirier, Marie-Andrée, 1970- . II. Léveillé, Sophie, 1963- . III. Clément, Marie-Ève.

HV707.J482 2015

362.7

C2014-942022-6

Les Presses de l'Université du Québec reconnaissent l'aide financière  
du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada  
et du Conseil des Arts du Canada pour leurs activités d'édition.

Elles remercient également la Société de développement  
des entreprises culturelles (SODEC) pour son soutien financier.

*Conception graphique*

**Richard Hodgson**

*Illustration de la couverture*

**istockphoto.com**

*Mise en pages*

**Le Graphe**

**Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2015**

› *Bibliothèque et Archives nationales du Québec*

› *Bibliothèque et Archives Canada*

© 2015 – Presses de l'Université du Québec

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

*Imprimé au Canada*



# TABLE DES MATIÈRES

---

Liste des figures et des tableaux	XIII
Introduction <i>Marie-Andrée Poirier, Sophie Léveillé et Marie-Ève Clément</i>	1
<b>CHAPITRE 1</b> Pour un nouveau modèle de réponse à la maltraitance des enfants : parce que les protéger est nécessaire, mais insuffisant ! <i>Marie-Andrée Poirier, Claire Chamberland, Marie-Ève Clément et Sophie Léveillé</i>	7
1.1. L'approche de protection « sauvons les enfants » : des limites préoccupantes	8
1.2. Un changement d'approche pour une vision plus holistique	10
1.3. Mise en contexte de l'approche LAC et du FACNF	11
1.4. Des outils particuliers pour les enfants placés en milieu substitut	14
1.5. Des outils particuliers pour les enfants maintenus dans leur milieu familial	16
Conclusion	17
Bibliographie	18

<b>SECTION 1</b>	<b>LES ENFANTS PLACÉS EN MILIEU SUBSTITUT DANS DIVERS PAYS : L'APPROCHE LOOKING AFTER CHILDREN</b>	<b>23</b>
<b>CHAPITRE 2</b>	<b>L'approche S'occuper des enfants (SOCEN) – De l'évaluation à l'action: un passage qui se doit d'être soutenu</b>	<b>25</b>
	<i>Ginette Sarrazin, Ginette D'Auray, Madeleine Dionne et Huguette Lebel</i>	
	2.1. L'objectif du chapitre et ses sections	25
	2.2. L'approche SOCEN	26
	2.3. Les changements de pratiques cliniques introduits par l'approche	27
	2.4. Le Cahier d'évaluation et de suivi (CÉS) et le plan d'intervention (PI)	27
	2.5. Comprendre et soutenir les changements de pratiques	28
	2.6. La démarche de soutien aux changements de pratiques	29
	2.6.1. Méthode	29
	2.6.2. Résultats	30
	Conclusion	36
	Bibliographie	38
<b>CHAPITRE 3</b>	<b>L'implantation de l'approche S'occuper des enfants (SOCEN) au Québec: l'évaluation de l'expérience des enfants</b>	<b>39</b>
	<i>Marie-Andrée Poirier, Marie-Claude Simard, Isabelle Beaumier et Béatrice Decaluwe, en collaboration avec Renée Dumont et Véronique Noël</i>	
	3.1. Méthode	40
	3.1.1. Échantillon	40
	3.1.2. Stratégie de collecte de données	41
	3.1.3. Stratégie d'analyse	41
	3.2. Résultats	41
	3.2.1. Compréhension de l'approche SOCEN	42
	3.2.2. Déroulement d'une ou des rencontres pour remplir le CÉS	43
	3.2.3. Appréciation du CÉS et de son utilisation	44
	3.2.4. Retombées du CÉS et de son utilisation	45
	3.2.5. Planification de l'intervention à l'aide du CÉS	47
	3.3. Analyse	48
	3.3.1. Le message concernant l'approche SOCEN est-il entendu par les jeunes?	48
	3.3.2. Le CÉS permet-il de mieux connaître les jeunes?	49
	3.3.3. En savoir davantage sur les jeunes : les questions du CÉS sont-elles trop intrusives?	49
	3.3.4. Les questions du CÉS permettent-elles d'établir un dialogue entre les jeunes, les parents d'accueil et les intervenants sociaux?	51

3.3.5. Le fait de remplir le CÉS permet-il d'intégrer davantage les jeunes ?	51
3.3.6. SOCEN permet-il réellement de mettre l'accent sur les forces, le potentiel et les compétences du jeune ?	52
Conclusion	53
Bibliographie	54
<b>CHAPITRE 4</b> La santé mentale des enfants et des jeunes placés en dehors de leur famille en Ontario comparée à celle des enfants et des jeunes dans la population générale britannique <i>Robyn A. Marquis et Robert J. Flynn</i>	55
4.1. Méthode	58
4.1.1. Participants	58
4.1.2. Instruments	59
4.2. Résultats	60
4.2.1. Comparaisons basées sur les enfants âgés de 5 à 10 ans	60
4.2.2. Comparaisons basées sur les jeunes âgés de 11 à 15 ans	62
Conclusion	63
Bibliographie	64
<b>CHAPITRE 5</b> Cette fois, les choses seront différentes: l'expérience des professionnels concernant la mise en œuvre réussie de l'approche Looking After Children au Canada, en Australie et en Suède <i>Evelyn Khoo</i>	67
5.1. Méthode et sources des données	69
5.1.1. LAC et BBIC – Documents de formation et lignes directrices	70
5.1.2. Enquête internationale sur LAC et BBIC	70
5.1.3. Entrevues auprès d'informateurs clés	71
5.2. Résultats et discussion	72
5.2.1. La réussite commence par une bonne idée et le bon modèle	72
5.2.2. D'une bonne idée à une mise en œuvre réussie	73
5.2.3. Le renforcement des capacités en vue du changement	78
5.3. Le changement est ce que vous en faites	79
Conclusion	80
Bibliographie	81
<b>CHAPITRE 6</b> L'évolution des Assessment and Action Records de l'approche Looking After Children dans l'État de Victoria en Australie <i>Sarah Wise, Ruth Champion et Cathy Argus</i>	83
6.1. L'approche Looking After Children (LAC)	84
6.2. Les perspectives internationales sur l'approche LAC	85
6.3. La mise en œuvre de LAC dans l'État de Victoria, en Australie	88
6.4. Le besoin de refonte des AAR dE LAC dans l'État de Victoria	89

6.5. Le projet de refonte des ARR de Looking After Children	90
6.5.1. Méthode	90
6.5.2. Résultats de la consultation	91
6.5.3. Modifications aux AAR	92
6.6. La mise en œuvre des nouveaux APR dans l'État de Victoria	95
Conclusion	97
Bibliographie	98

## **SECTION 2** LES ENFANTS EN SITUATION DE TRÈS GRANDE VULNÉRABILITÉ AU CANADA : LE DÉPLOIEMENT DU MODÈLE PROPOSÉ DANS LES PROVINCES 101

<b>CHAPITRE 7</b> L'initiative AIDES : une approche centrée sur les besoins des enfants vulnérables <i>Claire Chamberland, Carl Lacharité, Danielle Lessard, Louise Lemay, Sarah Dufour, Marie-Ève Clément, Véronique Bouchard, Guylaine Fafard et Stéphanie Plourde</i>	103
7.1. Une approche en émergence à expérimenter	104
7.2. Description de l'initiative AIDES	105
7.2.1. Mission et objectifs	105
7.2.2. Familles et territoires visés	106
7.2.3. Démarche d'intervention proposée dans le cadre de l'implantation	106
7.3. Recherche évaluative de l'initiative AIDES : méthode	109
7.3.1. Recrutement des familles	110
7.3.2. Instruments et collecte des données	112
7.4. Résultats de l'évaluation	113
7.4.1. Évaluation d'implantation	113
7.4.2. Évaluation des effets	117
7.5. Discussion générale et conclusion	119
7.5.1. Qu'avons-nous réussi et que reste-t-il à faire?	120
7.5.2. De bonnes nouvelles	120
7.5.3. Les conditions de pratiques intra- et interorganisationnelles	121
7.5.4. Et l'avenir?	123
Bibliographie	124

<b>CHAPITRE 8</b> Le Canada à l'ère de la reconfiguration des services d'aide et de protection de l'enfance : étude des services provinciaux destinés aux enfants vulnérables en lien avec le modèle novateur de la Grande-Bretagne <i>Sophie Léveillé, Marie-Andrée Poirier, Claire Chamberland, Annie-Claude Mathieu, Amélie Tremblay-Renaud et Isabelle Lafontaine</i>	127
8.1. Services britanniques en matière d'aide et de protection des enfants	128

8.2. Services canadiens en matière d'aide et de protection des enfants	130
8.3. Contexte de la recherche	131
8.4. Méthode et stratégies d'analyse	132
8.5. Résultats	135
8.5.1. Domaines du modèle étudié	135
8.5.2. Principes du modèle FACNF	138
Conclusion	143
Bibliographie	145

### **SECTION 3** REGARDS SUR CERTAINS PRINCIPES SOUS-TENDANT LE MODÈLE PROPOSÉ 149

<b>CHAPITRE 9</b> Négligence envers les enfants et intégration des services : étude utilisant des méthodes combinées <i>Ruth M. Chambers</i>	151
9.1. Analyse documentaire	153
9.2. Méthode	155
9.3. Résultats	156
9.3.1. Indice d'intégration des services	156
9.3.2. Caractéristiques de l'échantillon	158
9.3.3. Regroupements de besoins familiaux	161
9.3.4. Regroupement de services	163
9.3.5. Relation entre besoins familiaux et services	165
9.3.6. Dénouement des cas	167
Conclusion	168
Bibliographie	170

<b>CHAPITRE 10</b> Le GED, un outil incontournable en protection de la jeunesse pour une réponse intersectorielle centrée sur les besoins développementaux des tout-petits <i>Jacques Moreau, Michèle Cabaret, Renée Latulippe et Gilles Dupuis</i>	173
10.1. Élaboration et utilité du GED	174
10.2. Validation du GED	175
10.3. Normalisation du GED	176
10.4. Implantation dans les centres jeunesse et constats d'utilisation	177
10.5. Un cadre théorique et pratique à la mesure des enjeux posés par le GED	178
10.6. Proposition d'une structure pour intégrer le GED	179
Bibliographie	181

<b>CHAPITRE 11</b>	<b>La gestion fondée sur les indicateurs de suivi clinique en protection de la jeunesse</b>	<b>183</b>
	<i>Tonino Esposito, Nico Trocmé, Martin Chabot, Chloé Gaumont, Lorry Coughlin, Claude Laurendeau et Anne Duret</i>	
	11.1. Le contexte du projet	184
	11.2. Le cadre théorique	185
	11.3. Méthode	186
	11.3.1. Création de cohortes	186
	11.3.2. Indicateurs	189
	11.4. Résultats	189
	11.4.1. Taux d'audience au tribunal	194
	11.4.2. Taux de jeunes contrevenants	195
	11.4.3. Taux de placement	196
	11.4.4. Taux de déplacements	197
	11.4.5. Durée de placement	199
	11.4.6. Taux de récurrence	200
	Conclusion	201
	Bibliographie	203
<b>CHAPITRE 12</b>	<b>Jeunes en difficulté et défense des droits préoccupante : la nécessité d'établir de nouveaux systèmes pour aider les enfants à porter plainte au pays de Galles</b>	<b>205</b>
	<i>Andrew Pithouse et Anne Crowley</i>	
	12.1. Contexte des politiques	207
	12.2. Méthode	209
	12.3. Résultats	210
	12.3.1. Défense des droits et plaintes : vue de l'extérieur ?	210
	12.3.2. Points de vue des enfants sur la procédure de plaintes	211
	12.3.3. Défense des droits et plaintes	213
	12.3.4. Résumé des messages clés	216
	Conclusion	217
	Bibliographie	219
<b>CONCLUSION</b>	<b>Une réponse intégrée aux besoins de développement des enfants : les défis de son actualisation</b>	<b>221</b>
	<i>Sophie Léveillé, Marie-Andrée Poirier et Marie-Ève Clément</i>	
	Bibliographie	227
	<b>Notices biographiques</b>	<b>229</b>

# LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

---

<b>Figure 1.1</b>	Cadre de référence pour l'analyse des besoins des enfants et de leur famille	12
<b>Figure 2.1</b>	« Page de droite » actuelle du CÉS	32
<b>Figure 2.2</b>	Nouvelle « page de droite » du CÉS proposée	33
<b>Figure 2.3</b>	Exemple d'un portrait synthèse	34
<b>Figure 6.1</b>	Extrait de la section « Éducation » du Assessment and Action Record (AAR) des 10 à 14 ans	86
<b>Figure 6.2</b>	Extrait de la section « Éducation » de l'Assessment and Progress Record (APR) des 10 à 14 ans	96
<b>Figure 7.1</b>	Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants	107
<b>Figure 7.2</b>	Modèle logique de l'évaluation de l'initiative AIDES	110
<b>Figure 7.3</b>	Prises de mesures réalisées auprès des enfants et de leurs figures parentales du groupe AIDES et du groupe témoin	111
<b>Figure 7.4</b>	Prises de mesures réalisées auprès des intervenants et des autres acteurs du groupe AIDES et du groupe témoin	112
<b>Figure 11.1</b>	Schéma des cohortes constituées pour les indicateurs de suivi clinique	188

<b>Tableau 3.1</b>	Ce que les jeunes ont appris sur eux-mêmes grâce au CÉS	45
<b>Tableau 4.1</b>	Données démographiques de l'échantillon ontarien d'enfants et de jeunes placés, selon le sexe, l'âge et le type de placement	58
<b>Tableau 4.2</b>	Résultats obtenus aux échelles du « Comportement prosocial » et des « Difficultés totales » du SDQ	61
<b>Tableau 4.3</b>	Résultats obtenus aux échelles du « Comportement prosocial » et des « Difficultés totales » du SDQ	62
<b>Tableau 7.1</b>	Enfants/parents recrutés selon les milieux de pratique pour les groupes AIDES et témoins entre le 1 <sup>er</sup> juin 2008 et mars 2010	111
<b>Tableau 8.1</b>	Répartition des participants	134
<b>Tableau 9.1</b>	Indice d'intégration des services	157
<b>Tableau 9.2</b>	Profil démographique de l'échantillon de l'étude (N = 160)	159
<b>Tableau 9.3</b>	Caractéristiques de la maltraitance envers l'enfant (N = 160)	160
<b>Tableau 9.4</b>	Besoins familiaux les plus fréquents à l'ouverture du cas (N = 160)	161
<b>Tableau 9.5</b>	Carré des distances euclidiennes pour le modèle à trois groupes de services	162
<b>Tableau 9.6</b>	Résultats des comparaisons au khi carré entre les groupes de besoins (N = 160)	163
<b>Tableau 9.7</b>	Carré des distances euclidiennes pour le modèle à quatre groupes de services	164
<b>Tableau 9.8</b>	Résultats des comparaisons au khi carré entre les groupes de services	165
<b>Tableau 9.9</b>	Résultats des comparaisons au khi carré entre les groupes de besoins et de services	166
<b>Tableau 11.1</b>	Définition des indicateurs de performance	190
<b>Tableau 11.2</b>	Matrice d'indicateurs de suivi clinique selon l'année budgétaire	191
<b>Tableau 11.3</b>	Indicateurs de suivi clinique selon le motif de services à l'entrée de cohorte	192
<b>Tableau 11.4</b>	Indicateurs de suivi clinique selon l'âge à l'entrée de cohorte	193
<b>Tableau 11.5</b>	Nombre de déplacements cumulatifs pour la cohorte combinée (N = 1 909 enfants)	198





# INTRODUCTION

---

**Marie-Andrée POIRIER, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal

**Sophie LÉVEILLÉ, M.A.**

École de service social, Université de Montréal

**Marie-Ève CLÉMENT, Ph. D.**

Département de psychoéducation et de psychologie,  
Université du Québec en Outaouais

C'est à l'automne 2010 que s'est tenu le congrès organisé conjointement par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) et le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE). Dans le cadre de son congrès bisannuel, l'ACJQ propose un rendez-vous où les différents acteurs des milieux de la pratique (centres jeunesse, centres de santé et de services sociaux, services de garde, centres de réadaptation, corps policiers, écoles, organismes communautaires) et de la recherche peuvent échanger et réfléchir sur la situation des jeunes en difficulté et de leur famille et sur les pratiques d'intervention les plus prometteuses. Ce congrès permet aux professionnels, aux chercheurs, aux dirigeants et aux étudiants de partager expériences et points de vue. L'événement tenu a accueilli près de mille conférenciers et participants réunis autour du thème « Jeunesse en tête. Au-delà du risque (de maltraitance), les besoins de développement ». D'envergure internationale, ce congrès incorporait la IX<sup>e</sup> conférence internationale Looking After Children, un événement

organisé tous les deux ans par l'initiative internationale Looking After Children. Ce livre propose les textes rédigés par plusieurs présentateurs de cette conférence internationale.

Au début des années 1990, l'approche Looking After Children (LAC) a été développée en Angleterre dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins offerts aux enfants confiés à des milieux substituts, c'est-à-dire les enfants confiés à des familles d'accueil ou à des ressources résidentielles<sup>1</sup>. Les fondements théoriques et pratiques de cette approche reposent sur un cadre conceptuel du développement et du bien-être de l'enfant (Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families [FACNF]) élaboré par les Britanniques, à partir de constats provenant de divers domaines de recherche au cours des quarante dernières années (Royaume-Uni. Department of Health, 2001)<sup>2</sup>. Le FACNF s'est par la suite transposé aux enfants ayant besoin de protection et demeurant dans leur famille d'origine. Il a ensuite été intégré aux services d'aide à l'enfance pour tous les enfants ayant besoin de services.

Au Québec, de nombreux acteurs du milieu de l'intervention et de la recherche réalisent depuis plusieurs années des travaux autour de ce cadre conceptuel afin de le traduire, de l'adapter et de le faire vivre dans des projets concrets d'action tels que l'approche S'occuper des enfants (SOCEN ; traduction française de Looking After Children) et l'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité). Ces projets seront présentés brièvement dans le premier chapitre et font l'objet de trois chapitres distincts dans le présent ouvrage (chapitres 2, 3 et 7).

Pour l'ensemble du livre, ses directrices ont agi à titre de comité de révision. Elles ont évalué les textes soumis qui devaient soit présenter des expériences en lien avec le cadre de référence proposé par les Britanniques, l'adaptation de l'approche ou des outils développés auprès des enfants placés ou exposés à de multiples facteurs de risque, soit offrir un éclairage sur des concepts sous-tendant ce cadre de référence.

Au total, l'ouvrage comprend douze chapitres regroupés en trois sections, ainsi qu'une conclusion. Le premier chapitre (Poirier, Chamberland, Clément et Léveillé) propose un portrait de l'élaboration du Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families et de ses outils

- 
1. Parker, R., Ward, H., Jackson, S., Aldgate, J. et P. Wedge (dir.) (1991). *Looking After Children: Assessing Outcomes in Child Care*, rapport pour le Department of Health, Londres, Her Majesty's Stationery Office, 205 p.
  2. Royaume-Uni. Department of Health. (2001). *Studies informing the framework for the assessment of children in need and their families*, Londres, Angleterre, Department of Health.

dérivés au Royaume-Uni ainsi que de diverses adaptations internationales réalisées à ce jour, permettant de faciliter la compréhension et la comparaison des expériences et adaptations internationales présentées dans les chapitres ultérieurs.

La première section propose cinq chapitres associés directement au cadre de référence et à son application auprès des enfants placés en milieu substitut, et ce, à partir de différentes expériences vécues au Québec, en Ontario, en Suède et en Australie. Dans le deuxième chapitre (Sarrazin, D'Auray, Dionne et Lebel), les auteures présentent les résultats d'une démarche d'accompagnement d'un groupe d'intervenants afin de soutenir les changements de pratiques introduits par l'approche SOCEN dans leur quotidien. Elles démontrent l'importance de soutenir et d'intégrer les intervenants dans le développement, l'application et l'évaluation de solutions visant à maximiser l'utilisation des outils proposés dans l'approche SOCEN. Dans le troisième chapitre (Poirier, Simard, Beaumier et Decaluwe), les auteures présentent les résultats d'une démarche de recherche qualitative réalisée auprès de jeunes visés par l'approche SOCEN au Québec. À partir de l'analyse du discours des jeunes, elles proposent une réflexion critique sur l'approche SOCEN, les outils dérivés et ses retombées anticipées dont celles liées à une plus grande participation des jeunes. Dans le quatrième chapitre (Marquis et Flynn), les auteurs présentent les résultats d'une étude sur les problèmes de santé mentale d'un échantillon de jeunes ontariens placés en milieu substitut et suivis par l'approche LAC implantée en Ontario. Ce chapitre souligne l'importance de dépister les difficultés de santé mentale des jeunes placés afin de leur offrir des services adéquats permettant de les adresser aux bonnes ressources. Les auteurs soulignent également l'utilité des outils canadiens développés dans l'approche SOCEN pour documenter de façon rigoureuse cette réalité. Dans le cinquième chapitre (Khoo), l'auteure rend compte de l'expérience vécue par les professionnels dans l'implantation de l'approche LAC en Suède. Ce chapitre revêt un intérêt particulier, car il établit des liens entre l'expérience vécue dans le contexte suédois, canadien et australien. À partir d'une démarche de recherche rigoureuse, l'auteure propose une série de facteurs à considérer pour une implantation réussie de ce type d'approche. Finalement, pour terminer cette section, le sixième chapitre (Wise, Champion et Argus) présente l'expérience de l'Australie dans le développement et l'adaptation des différents outils de l'approche Looking After Children. Ce chapitre permet de rendre compte avec beaucoup de justesse de l'importance de l'adaptation au contexte, aux politiques et aux pratiques en vigueur dans un système de protection de la jeunesse afin de maximiser les bénéfices du recours à cette approche.

La deuxième section de l'ouvrage propose deux chapitres qui présentent l'expérience du modèle britannique auprès d'enfants en situation de très grande vulnérabilité dans le contexte canadien et québécois. Dans le septième chapitre (Chamberland, Lacharité, Lessard, Lemay, Dufour, Clément, Bouchard, Fafard et Plourde), les auteurs présentent brièvement l'initiative AIDES telle qu'implantée au Québec ainsi que certains résultats issus de l'évaluation de son implantation et de ses effets. Cette initiative propose une démarche fort intéressante d'adaptation du cadre de référence britannique et des outils destinés aux familles à risque ou maltraitantes. Dans le huitième chapitre (Léveillé, Poirier, Chamberland, Mathieu, Tremblay-Renaud et Lafontaine), les auteures ciblent les provinces et les territoires canadiens où les conditions sont le plus favorables à l'implantation des principes du cadre de référence britannique (le FACNF). Pour ce faire, elles rendent compte des résultats d'une étude portant sur la manière dont s'articule la prestation des services d'aide et de protection de la jeunesse dans les provinces et territoires canadiens en fonction de ce cadre de référence.

Enfin, la troisième section de l'ouvrage propose quatre chapitres portant un regard différent sur certains principes sous-tendant le modèle britannique. Dans le neuvième chapitre (Chambers), l'auteure présente les résultats d'une étude visant à examiner les profils des enfants ayant un signalement corroboré pour négligence selon le regroupement des besoins des familles, des services qui leur sont offerts et la qualité de leur intégration. L'auteure constate la présence de multiples profils de complexité des besoins des familles négligentes, un manque de concordance entre les besoins définis et les services offerts ainsi que les très grands défis inhérents à une offre de services complète et concertée. Ces principaux constats sont cohérents avec les principes du cadre de référence et des initiatives présentés dans cet ouvrage. Dans le dixième chapitre (Moreau, Cabaret, Latulippe et Dupuis), les auteurs présentent la Grille d'évaluation du développement (GED) et montrent la pertinence de son utilisation pour une réponse adéquate aux besoins développementaux des jeunes enfants en contexte de protection. Ils soulignent l'importance d'évaluer de façon rigoureuse le développement des enfants vulnérables afin de favoriser une pratique d'action intersectorielle permettant de mieux répondre à leurs besoins. Dans le onzième chapitre (Esposito, Trocmé, Chabot, Gaumont, Coughlin, Laurendeau et Duret), les auteurs présentent une démarche de développement d'indicateurs élaborés afin de documenter les parcours de services empruntés par la clientèle des centres jeunesse au Québec à partir des systèmes d'information sur les services offerts à la clientèle. Ils démontrent, à partir d'un exemple concret réalisé dans un centre jeunesse,

la pertinence d'appuyer les prises de décision concernant la programmation et le développement de politiques sur des données fiables. Cette vision de l'importance des données probantes dans la planification de l'intervention à un niveau organisationnel est au cœur des principes qui sous-tendent le FACNF. Dans le douzième chapitre (Pithouse et Crowley), les auteurs présentent les résultats de différents travaux de recherche réalisés en Écosse afin d'explorer l'incidence des interventions de défense des droits des enfants et des jeunes les plus vulnérables. L'expérience écossaise décrite dans ce chapitre permet de rendre compte d'une réalité peu connue au Québec, soit les services de défense des droits des enfants et des jeunes et la promotion de leurs intérêts. Le contenu de ce chapitre permet d'aborder de façon éloquente le principe de participation des jeunes dans un modèle visant une meilleure définition de leurs besoins ainsi qu'une réponse mieux adaptée à ceux-ci.

Finalement, en guise de conclusion, Léveillé, Poirier et Clément proposent une mise en contexte des constats présentés dans les différents chapitres. Cette contextualisation permet de faire ressortir les principaux enjeux soulevés par les auteurs qui ont participé à cet ouvrage dans la mise en place d'une approche de la protection de la jeunesse qui remet au centre de ses préoccupations la réponse à l'ensemble des besoins de développement des enfants, le soutien des figures parentales et le développement d'une offre de services qui intègre tous les acteurs de la communauté, **parce que protéger les enfants est nécessaire, mais insuffisant!**



# POUR UN NOUVEAU MODÈLE DE RÉPONSE À LA MALTRAITANCE DES ENFANTS

PARCE QUE LES PROTÉGER  
EST NÉCESSAIRE,  
MAIS INSUFFISANT!

---

**Marie-Andrée POIRIER, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal

**Claire CHAMBERLAND, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal

**Marie-Ève CLÉMENT, Ph. D.**

Département de psychoéducation et de psychologie,  
Université du Québec en Outaouais

**Sophie LÉVEILLÉ, M.A.**

École de service social, Université de Montréal

La violence et la négligence à l'égard des enfants constituent un problème social majeur. Entre 1998 et 2008, selon la troisième *Étude canadienne sur l'indice des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (EIC3), la proportion d'enfants canadiens ayant fait l'objet d'un signalement a augmenté de 82 %, passant d'un taux de 21,47 à 39,16 pour 1 000 enfants (Trocmé *et al.*, 2010). Plus inquiétant encore, le taux de signalements corroborés a presque doublé durant cette même période (de 9,21/1 000 à 16,19/1 000). Les enfants maltraités sont plus susceptibles de présenter des problèmes physiques, psychologiques, cognitifs et comportementaux (English *et al.*, 2005 ; Gilbert *et al.*, 2009 ; Peirson, Laurendeau et Chamberland, 2001 ; Kendall-Tackett et Giacomoni, 2005 ; Ward *et al.*, 2010). De plus, la capacité d'insertion sociale et économique future de ces enfants, en particulier ceux qui ont été négligés, est compromise, ce qui se traduit par une probabilité accrue d'être sous-scolarisés, d'avoir de faibles revenus ou d'être sur le chômage (Currie et Widom, 2010).

Les difficultés personnelles, familiales et sociales des familles de ces enfants sont multiples ; on y retrouve de la pauvreté, des séparations ou divorces, de la toxicomanie, de la violence conjugale, de l'isolement social et des problèmes de santé mentale (Chamberland, Léveillé et Trocmé, 2007 ; Larrivée, 2005 ; Ward *et al.*, 2010). En fait, la cooccurrence de problèmes de protection avec d'autres types de problématiques est non seulement courante, mais ajoute aussi à la complexité des défis que doivent relever les intervenants sociaux.

### **1.1. L'APPROCHE DE PROTECTION « SAUVONS LES ENFANTS » : DES LIMITES PRÉOCCUPANTES**

Au Canada et au Québec en particulier, les lois de protection de l'enfance sont des lois d'exception. Selon le dernier bilan des directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ), 38,5 % des signalements retenus pour évaluation sont jugés fondés, mais le plus souvent aucune mesure de protection ne s'appliquera, car la sécurité et le développement des enfants ne sont pas considérés comme compromis. C'est en effet 61,5 % des cas retenus pour lesquels la sécurité ou le développement de l'enfant n'a pas été considéré comme étant compromis, toutes catégories confondues (Association des centres jeunesse du Québec, 2013). Ainsi, les systèmes de protection se mobilisent surtout lorsque la situation de l'enfant est très détériorée. Ce faisant, seulement une minorité d'enfants signalés recevront des services de protection. Pourtant, parmi les signalements non fondés, il existe des cas d'enfants maltraités ou en très grands besoins qui ne reçoivent pas de services (Slep et Heyman, 2006). D'ailleurs, plusieurs études révèlent des taux de récurrence à l'intérieur d'une période d'environ deux ans de 7 à 33 % et pouvant même atteindre 44 % lorsque la période de temps examinée est plus longue (cinq ans) (Dakil *et al.*, 2011 ; Fluke *et al.*, 2008 ; Gilbert *et al.*, 2009 ; Hamilton et Browne, 1999 ; Hélie et Laurier, 2011 ; May-Chahal *et al.*, 2006).

Plusieurs auteurs remettent en question la validité de la décision de corroborer ou non un signalement puisque les cas fondés ou non fondés sont plus semblables que différents (Drake *et al.*, 2003 ; Hussey *et al.*, 2005 ; Kohl, Jonson-Reid et Drake, 2009). Leiter, Myers et Zingraff (1994) ont déjà constaté que parmi dix indicateurs liés au fonctionnement de l'enfant à l'école et à ses conduites délinquantes, le seul qui distinguait les cas fondés des cas non fondés concerne les problèmes de comportement tels que rapportés par l'enseignant. Hussey *et al.* (2005) ont aussi observé que, comparativement à ceux dont le signalement est jugé non fondé, les enfants dont le signalement est fondé ne présentent aucune différence



sur les dimensions suivantes : externalisation, internalisation, anxiété, dépression, stress post-traumatique, socialisation et habiletés de fonctionnement quotidien. De plus, dans cette même étude, une seule différence est observée entre les enfants signalés et ceux qui ne sont pas signalés, mais à risque de l'être : les premiers présentent plus de comportements extériorisés. En outre, les enfants à risque qui reçoivent des services préventifs présentent autant de retards de développement que ceux recevant des services en contexte de protection (Casanueva, Cross et Ringeisen, 2008 ; Moreau *et al.*, 2001). Cependant, il s'avère que les parents des enfants dont le signalement est fondé présentent plus de besoins personnels, familiaux et sociaux (Casanueva *et al.*, 2008 ; Kotch et Thomas, 1986 ; Moreau *et al.*, 2001 ; Trocmé *et al.*, 2009 ; Turcotte, Saint-Jacques et Pouliot, 2005).

L'approche de protection pratiquée au Québec et au Canada privilégie une évaluation ponctuelle et limitée du degré de risque imminent de l'enfant, ce qui incite à cibler les cas préoccupants pour lesquels la mobilisation du parent est problématique. Les dossiers des enfants dont les signalements sont retenus aux fins d'évaluation et d'orientation, mais qui ne font pas l'objet de mesures de protection par le DPJ, peuvent être réacheminés au DPJ et ainsi contribuer à expliquer le taux élevé de récurrence en protection. Le contexte d'autorité dans lequel l'approche de protection se place nuit bien souvent aux possibilités d'établir une relation de confiance avec les parents (Forrester *et al.*, 2008). On constate aussi plus d'épuisement et de roulement du personnel et une difficulté à concilier les mandats de protection et ceux associés à la promotion du bien-être et du développement à long terme des enfants (Cameron, 2004). On note également une forte bureaucratisation dans les processus d'évaluation du risque.

Les intervenants en protection de la jeunesse font donc face à d'importants défis, alors qu'ils sont bien souvent seuls à assumer ces responsabilités difficiles. Soixante-huit pour cent des signalements fondés au Canada sont faits par les professionnels, la police et les milieux scolaires (Trocmé *et al.*, 2010). L'augmentation des signalements entre 1998 et 2008 est en fait largement attribuable aux professionnels. Le signalement par les professionnels du réseau, bien qu'il indique une certaine forme d'engagement face à ces enfants, peut en même temps être révélateur d'impuissance devant la complexité des situations familiales.

En somme, l'approche de protection pratiquée au Canada et au Québec, malgré l'effort important consenti et certains développements récents, présente des limites : l'accès au soutien est encore restreint, le nombre de cas augmente et les systèmes en place éprouvent encore beaucoup de difficultés à diminuer les risques et les menaces qui compromettent sérieusement le développement de ces enfants, comme le démontre

le taux élevé de récurrence. L'intervention est surtout centrée sur la sécurité physique et affective de l'enfant, ainsi que sur la gestion de risque. D'ailleurs, de plus en plus d'auteurs recommandent d'aborder l'évaluation du risque d'une manière plus holistique, en prenant en compte les menaces non seulement actuelles, mais aussi futures de maltraitance, et d'intervenir au-delà des enjeux de sécurité, voire de permanence (Berger *et al.*, 2009 ; English *et al.*, 2002 ; Harden et Whittaker, 2011 ; Wulczyn *et al.*, 2006).

## **1.2. UN CHANGEMENT D'APPROCHE POUR UNE VISION PLUS HOLISTIQUE**

Dans le domaine de la protection de l'enfance et de l'aide aux familles en difficulté, on reconnaît depuis plusieurs années l'importance d'une vision holistique du bien-être des enfants. Cette vision conçoit que le bien-être est la résultante des relations continues et réciproques entre les caractéristiques de l'enfant et celles des multiples milieux dans lesquels il vit (Bronfenbrenner, 1979, 1996). Les mauvais traitements sont alors considérés en tant que symptômes de problèmes individuels, familiaux, communautaires et sociétaux. Des changements émergent en ce sens dans le paysage québécois : il existe une volonté accrue de se centrer sur le bien-être des enfants et de s'appuyer sur les forces, la mobilisation des parents et la concertation avec les partenaires institutionnels, intersectoriels et communautaires afin d'offrir des services et du soutien plus diversifiés (Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2011). Ces changements s'inscrivent dans le courant international de réformes des services d'aide et de protection de la jeunesse qui a été engendré par le Royaume-Uni il y a une vingtaine d'années.

Plus précisément, l'Angleterre s'est révélée le chef de file au chapitre des réponses intégrées à offrir aux enfants en difficulté afin de pallier les limites des pratiques traditionnelles d'aide à l'enfance. Elle s'est dotée d'un cadre de référence, le Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF) (Royaume-Uni. Department of Health, Department for Education and Employment et Home Office, 2000), qui offre un canevas de compréhension et d'intervention qui s'inscrit dans la lignée des plus récents traités internationaux en matière de droits des enfants et de la nouvelle gestion des services publics (Léveillé *et al.*, 2009). Il pose les jalons d'une collaboration entre usagers, professionnels, organisations et secteurs d'intervention autour d'une vision commune et globale du bien-être des enfants. Ensemble, ces acteurs partagent l'analyse des réalités dans lesquelles les enfants et leur famille vivent ; la planification des interventions ; leur mise en œuvre ; ainsi que le suivi de l'état de ces jeunes.

À l'origine, ce cadre de référence était destiné aux enfants placés en milieu substitut. Par la suite, ce modèle a été intégré aux services d'aide à l'enfance pour tous les enfants ayant besoin de services. Depuis, ce cadre de référence et certains des outils qu'il propose ont été adoptés dans une quinzaine de pays. Une méta-évaluation des expériences internationales de son implantation et de ses effets indique que l'utilisation de cette approche mènerait à des pratiques plus centrées sur l'enfant et à une vision plus holistique des situations portées à l'attention des milieux de pratique. Il permettrait aussi de colliger des informations de qualité, d'uniformiser les pratiques dans les divers milieux et d'évaluer la performance des localités compétentes (Léveillé et Chamberland, 2010).

### **1.3. MISE EN CONTEXTE DE L'APPROCHE LAC ET DU FACNF**

Au début des années 1990, les Anglais ont proposé une nouvelle approche maintenant reconnue internationalement : Looking After Children (LAC). À cette époque, le gouvernement britannique et la communauté scientifique étaient particulièrement préoccupés par le nombre élevé d'enfants placés dans des familles ou des foyers d'accueil, par le piètre état développemental de ces enfants, par la qualité des soins prodigués par leurs parents d'accueil et par le degré de responsabilité des services sociaux envers ces enfants (Parker *et al.*, 1991).

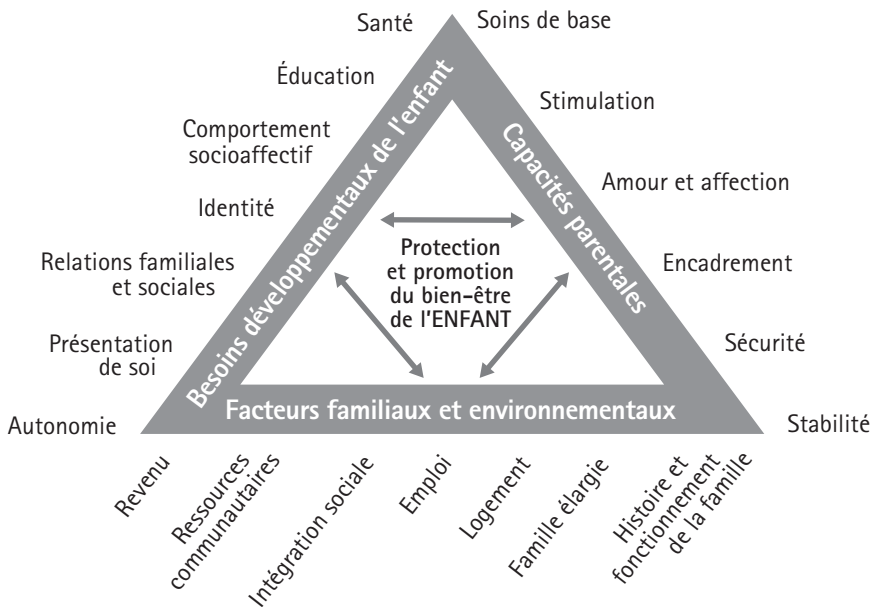
En réponse à ces réalités, l'approche LAC (connue sous le nom de l'approche S'occuper des enfants [SOCEN] dans le contexte québécois) a été élaborée afin de mieux suivre les besoins développementaux des enfants placés en milieu substitut tels que définis dans le FACNF, soit la santé, l'éducation, l'identité, les relations familiales et sociales, la présentation de soi à autrui, le comportement socioaffectif et l'autonomie (Ward, 1995).

Alors que l'approche LAC s'implante en Angleterre et au pays de Galles, les résultats d'un vaste programme de recherche sur les services de protection et les services sociaux sont publiés (Balfe et Horne, 1997 ; Royaume-Uni. Department of Health, 1995a ; Royaume-Uni. Department of Health, Social Services Inspectorate et Social Care Group, 1998 ; Royaume-Uni. Social Services Inspectorate, 1999). Le message principal qui émane de ces travaux est que les familles vivant des situations où il y a des enjeux de protection ont autant besoin de services de soutien que d'un plan pour protéger l'enfant (Parton, 1997). On recommande,

entre autres, que soit réalisée une évaluation minutieuse et systématique du niveau de besoins des enfants et de leur famille dirigés vers les services sociaux (Armstrong, 1997).

C'est en réponse à ce constat qu'un cadre conceptuel intégrateur du développement et du bien-être de l'enfant a été développé. Reposant sur une vision globale (figure 1.1) du bien-être et du développement des enfants qui s'illustre au moyen d'un triangle, ce cadre conceptuel, lui aussi illustré par un triangle, est placé au centre des préoccupations et est envisagé comme la résultante de l'interrelation de trois dimensions, qui se déclinent elles-mêmes en des catégories particulières : 1) les besoins de l'enfant en matière de développement (santé, éducation, comportement socioaffectif, identité, relations familiales et sociales, présentation de soi, autonomie) ; 2) les capacités parentales à les satisfaire (prodiguer les soins de base, stimuler, donner de l'amour et de l'affection, encadrer/guider, protéger,

**Figure 1.1 – Cadre de référence pour l'analyse des besoins des enfants et de leur famille**



Source : Royaume-Uni. Department of Health, Department for Education and Employment et Home Office, 2000, p. 17.

offrir de la stabilité) ; et 3) les facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins (histoire et fonctionnement de la famille, famille élargie, logement, emploi, revenu et ressources communautaires, intégration sociale). Inversement, la victimisation de l'enfant est alors considérée comme un symptôme de problèmes individuels, familiaux, communautaires et sociétaux. Les dimensions et les catégories de ce cadre conceptuel ainsi que les principes qui le sous-tendent sont issus des résultats de recherches nord-américaines réalisées au cours des cinq dernières décennies dans plusieurs domaines d'expertise (recensions des connaissances scientifiques à la base du FACNF et de ses principes ; Royaume-Uni. Department of Health, 2000 ; Seden *et al.*, 2001).

Le modèle proposé par le FACNF inscrit l'intervention dans un processus systématique d'évaluation, de planification, d'intervention et de révision des situations de l'enfant et de sa famille. Cette évaluation doit notamment : 1) être centrée sur l'enfant ; 2) être motivée par son développement ; 3) reposer sur une approche écologique ; 4) assurer l'égalité des chances ; 5) considérer les forces et cerner les difficultés ; 6) inclure la participation de l'enfant et de sa famille ; 7) se dérouler dans un cadre de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle ; 8) supposer des processus continus ; 9) se réaliser en parallèle avec d'autres actions et services ; et finalement 10) être fondée sur des données probantes. Il implique également une réorganisation de l'aide offerte aux enfants et aux familles qui s'appuie sur un plus grand partenariat entre les divers services sociaux et l'ensemble des acteurs interpellés. D'une part, la participation des parents et des enfants se veut de plus en plus sollicitée lors de leur parcours à l'intérieur des services sociaux et, d'autre part, la collaboration d'organisations d'autres secteurs d'intervention est aussi souhaitée dans la prestation des services.

Au Royaume-Uni, une succession de politiques et de programmes ponctuent et appuient l'opérationnalisation du travail en collaboration sous-jacent à ce cadre de référence. Parmi ceux-ci, soulignons la mise en place de l'Integrated Children System (ICS), qui combine le modèle FACNF et l'approche LAC. Par l'entremise d'un système informatisé, le ICS établit clairement les informations qui doivent être colligées lorsque l'on intervient auprès des enfants en contexte de protection, qu'ils soient placés ou maintenus dans le milieu naturel. Ce système permet de recueillir au même endroit et dans un langage commun les informations nécessaires à une meilleure planification de services pour l'ensemble des enfants suivis dans le contexte de la protection.

Finalement, le recours au FACNF est désormais élargi à l'ensemble des enfants et des familles qui reçoivent des services universels d'aide. Le Common Assessment Framework (CAF) (Department for Education and Skills, 2006), calqué sur le FACNF, est utilisé par les professionnels des secteurs de l'éducation, de la santé, de la justice, de la police et des services sociaux afin de déterminer le niveau de besoins additionnels des enfants qui reçoivent des services universels. Il a pour objectif de déterminer le plus tôt possible les besoins d'un enfant ou d'un jeune et de fournir un soutien prompt et coordonné afin de satisfaire ces besoins (Royaume-Uni. Department for Education and Skills, 2006, cité dans Léveillé et Chamberland, 2010). Cet outil n'est pas abordé de façon directe dans les prochains chapitres. Il fait actuellement l'objet d'une adaptation québécoise par les chercheurs de l'initiative AIDES (voir Chamberland *et al.* dans cet ouvrage, chapitre 7).

#### **1.4. DES OUTILS PARTICULIERS POUR LES ENFANTS PLACÉS EN MILIEU SUBSTITUT**

En lien avec les principes de l'approche LAC, les Britanniques ont développé une série d'outils pour actualiser le FACNF auprès des enfants placés en milieu substitut et des enfants maintenus dans le milieu familial. Certains d'entre eux ont fait l'objet d'adaptations (canadienne, québécoise, australienne et suédoise). Ces outils sont adaptés à l'âge de l'enfant et permettent de documenter le niveau d'atteinte des objectifs de développement dans chacune des sept dimensions proposées dans le FACNF, de même que de documenter les services et le soutien offerts à l'enfant. Connus sous le nom de Assessment and Action Records (AAR), ils sont disponibles pour six différents groupes d'âge (moins de 12 mois, 1-2 ans, 3-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans et 15 ans et plus). Ils sont construits de manière à encourager la communication entre toutes les personnes qui s'occupent de l'enfant placé et doivent être utilisés dans le but d'évaluer les progrès que l'enfant fait au regard des services qu'il reçoit afin d'améliorer la planification de l'intervention. Lorsqu'ils sont utilisés à intervalles réguliers, ils servent d'indicateurs de la qualité et de l'efficacité des services prodigués.

Dans le contexte britannique, l'utilisation des AAR est complétée par le recours à d'autres outils permettant, entre autres, de recueillir les données démographiques et d'urgence au sujet de l'enfant (Essential Information Records), d'élaborer la planification de l'intervention (Placement Plans et Care Plan record) et de réviser périodiquement la situation des

enfants placés (Review of Arrangements record). La série complète de ces outils constitue l'ensemble du matériel de l'approche Looking After Children (Royaume-Uni. Department of Health, 1995b).

Au Canada, différentes adaptations des AAR britanniques ont été réalisées. La version anglophone utilisée actuellement est la seconde version canadienne, appelée AAR-C2 (Flynn, Ghazal et Legault, 2003). Elle comprend les mêmes dimensions de développement et la majorité des questions portant sur la qualité des services que la version britannique originale. Toutefois, la version canadienne intègre certaines mesures cliniques standardisées portant, entre autres, sur l'estime de soi des jeunes, les pratiques parentales des parents d'accueil et les difficultés émotives et comportementales des jeunes. De plus, les groupes d'âge ont été revus et divisés en huit sous-groupes au lieu des six proposés dans la version britannique (0-11 mois, 1-2 ans, 3-4 ans, 5-9 ans, 10-11 ans, 12-15 ans, 16-17 ans et 18-21 ans). En 2012, une première version québécoise francophone du AAR-C2 a été développée sous le nom de Cahier d'évaluation et de suivi (CÉS). Cette version intègre les mêmes questions que la version canadienne, mais utilise un langage adapté au contexte québécois de la protection de la jeunesse. Au Québec, le AAR-C2 ou sa version québécoise (CÉS) est rempli annuellement par l'intervenant dans le cadre d'un entretien qui peut prendre de une à quatre rencontres auxquelles participent les jeunes âgés de 10 ans et plus. Afin d'intégrer le recours à cet outil dans les principes plus large de l'approche SOCEN, tous les intervenants et les parents d'accueil concernés par l'approche doivent participer à une formation conjointe avant d'utiliser l'outil (Lemay et Ghazal, 2007).

En Australie, les différents outils proposés par les Britanniques (Essential Information Records, Placement Plans, Care Plan record et Review of Arrangements record) sont utilisés et adaptés au contexte culturel. Les AAR britanniques ont également été adaptés ; une première fois afin d'en retirer les éléments qui ne s'appliquaient pas au contexte australien et une seconde fois, de façon plus importante, afin de répondre à certaines lacunes constatées par différents acteurs du réseau de la protection de la jeunesse de ce pays. Cette seconde adaptation a mené au développement d'un outil appelé le Assessment and Progress Record (APR). Le processus ayant mené à cette seconde adaptation fait l'objet du chapitre 6.

En Suède, l'approche LAC est connue sous le nom de Barns behov i centrum (BBIC – *children needs in focus* ou « les besoins de l'enfant au centre ») et est utilisé pour les enfants pris en charge de même que pour les enfants et leurs parents qui reçoivent des services communautaires. Les liens entre la BBIC et l'approche LAC au Canada et en Australie sont présentés dans le chapitre 5.

## **1.5. DES OUTILS PARTICULIERS POUR LES ENFANTS MAINTENUS DANS LEUR MILIEU FAMILIAL**

Dans le contexte britannique, les enfants dirigés vers les services sociaux sont évalués à l'aide d'instruments de mesure issus de ce cadre de référence : Referral and Initial Information (RII) record, Initial Assessment (IA) record et Core Assessment (CA) record. Ces outils servent à analyser, à partager, à diriger et à collaborer autour d'un enfant ou d'un jeune qui présente des difficultés et de sa famille. À l'aide de repères, ils permettent de trouver dans chacune des dimensions du développement et des besoins de l'enfant, des capacités parentales à répondre à ces besoins, et des facteurs familiaux et environnementaux qui ont une incidence sur l'enfant et la famille. Ils sont utilisés autant dans les services universels que dans les services spécialisés.

Le RII permet de déterminer la source et la raison de la recommandation ou de la demande de service ainsi que la réponse formulée par les services sociaux ou d'autres agences concernées. Il assure également de connaître certaines informations essentielles sur l'enfant et sa famille.

Le IA, pour sa part, permet de faire une lecture rapide de la situation et des besoins de l'enfant à la suite d'une demande de service, d'une recommandation ou d'un signalement. Cet outil permet également de faire état des services actuellement offerts à l'enfant ainsi que des évaluations et des interventions réalisées. En outre, il permet de faire des recommandations entre les différents services. Il existe une seule version du IA, qui s'applique pour tous les groupes d'âge, soit de la période prénatale à 18 ans. L'évaluation initiale permet également de préciser si une évaluation plus approfondie à l'aide du CA est nécessaire pour mieux comprendre la situation de l'enfant et de sa famille.

À l'instar de l'AAR utilisé dans l'approche LAC, le CA permet de définir les besoins de développement de l'enfant dans les sept dimensions proposées dans le FACNF (santé, éducation, développement comportemental et affectif, identité, relations familiales et sociales, présentation de soi, habiletés à prendre soin de soi) ainsi que les services et le soutien nécessaires. L'outil permet également de tenir compte de la capacité des figures parentales à répondre aux besoins de l'enfant et des facteurs familiaux et environnementaux qui soutiennent ou entravent la réponse aux besoins de l'enfant. Il se décline en fonction de différentes tranches d'âge : la grossesse à 12 mois, 1-2 ans, 3-4 ans, 5-10 ans, 11-15 ans, 16 ans et plus. Le CA a pour objectifs de promouvoir le développement optimal des enfants en favorisant leurs forces et leur résilience ; d'améliorer la concertation et la collaboration inter- et intraorganisations et d'améliorer la collaboration



des figures parentales avec les services. L'outil permet de structurer le dialogue entre les différentes personnes concernées afin de s'assurer que l'ensemble des difficultés et des préoccupations sont prises en charge systématiquement. Pour l'intervenant, le CA permet de présenter l'analyse faite de la situation de l'enfant et d'élaborer une planification d'intervention ou un plan de services qui a du sens pour les figures parentales et les partenaires. Au Québec, l'initiative AIDES a traduit et adapté le CA, qui est désigné dans ce contexte comme le CABE (Cahier d'évaluation des besoins des enfants et leur sécurité). Une présentation plus détaillée de cet outil est faite au chapitre 7.

## CONCLUSION

Les enfants et les jeunes en situation de protection ont de multiples besoins de développement et ils dépendent des adultes autour d'eux pour se développer de façon optimale. L'approche de protection dominante cherchant d'abord à « sauver les enfants » en mettant l'accent sur la protection contre les dangers présents dans l'environnement familial se bute à des limites préoccupantes. La planification du soutien et des services ne doit plus se faire de manière hiérarchique et linéaire, mais plutôt de manière intégrée (Wulczyn *et al.*, 2010). Il y a donc une urgence à organiser les dispositifs sectoriel et intersectoriel de manière plus collaborative et interreliée, en intégrant davantage les actions en promotion, prévention et protection. La pertinence d'actualiser une approche collaborative et écosystémique, qui repose sur les ressources de la communauté et qui se centre davantage sur les besoins des enfants et des familles, est désormais clairement présente dans les débats qui animent les discussions dans le domaine de la protection des enfants depuis plus d'une décennie (English *et al.*, 2000 ; Harden et Whittaker, 2011 ; Hardiker *et al.*, 2002 ; Jonson-Reid et Barth, 2000 ; Lacharité, 2009 ; Lacharité, Éthier et Nolin, 2006 ; Sandau-Beckler *et al.*, 2002 ; Tunnard, 2002 ; Ward et Peel, 2002). Un nouveau courant trace un sillon dans le domaine de la protection de la jeunesse, visant précisément à encourager des pratiques qui misent sur une analyse et une intervention plus holistiques et systématiques, centrées sur l'ensemble des besoins de développement des enfants, et de leurs milieux de vie. Avoir la jeunesse en tête, c'est bien plus que sécuriser les enfants, c'est aussi s'assurer de répondre à leurs autres besoins fondamentaux et aux besoins de ceux qui en ont la charge.

## BIBLIOGRAPHIE

- ARMSTRONG, H. (1997). *Refocusing Children's Services Conference*, Londres, Department of Health, Association of Directors of Social.
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2013). *Un élan pour voir grand : bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux*, Montréal, 58 p.
- BALFE, R. et D. HORNE (1997). *Responding to Families In Need : Inspection of Assessment, Planning and Decision-Making in Family Support Services*, Londres, Department of Health, Social Services Inspectorate.
- BERGER, L.M., BRUCH, S.K., JOHNSON, E.I., JAMES, S. et D. RUBIN (2009). « Estimating the "impact" of out-of-home placement on child well-being : Approaching the problem of selection bias », *Child Development*, vol. 80, n° 6, p. 1856-1876.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development*, Cambridge (MA), Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1996). « Le modèle "processus- personne- contexte-temps" dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications », dans R. Tessier et G.M. Tarabulsy (dir.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 9-59.
- CAMERON, G. (2004). *Analyse de cas en protection de la jeunesse ; une comparaison internationale*, demande de subvention déposée au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.
- CASANUEVA, C.E., CROSS, T.P. et H. RINGEISEN (2008). « Developmental needs and individualized family service plans among infants and toddlers in the child welfare system », *Child Maltreatment*, vol. 13, n° 3, p. 245-258, doi:10.1177/1077559508318397.
- CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT UNIVERSITAIRE (2011). *Programme-cadre montréalais en négligence. Modèles, applications, programmes en négligence*, <[http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/infolettre/decembre2011/Negligencepartie2\\_13dec2011\\_min.pdf](http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/infolettre/decembre2011/Negligencepartie2_13dec2011_min.pdf)>.
- CHAMBERLAND, C., LÉVEILLÉ, S. et N. TROCMÉ (dir.) (2007). *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- CURRIE, J. et C.S. WIDOM (2010). « Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being », *Child Maltreatment*, vol. 15, n° 2, p. 111-120.
- DAKIL, S.R., SAKAI, C., LIN, H. et G. FLORES (2011). « Recidivism in the child protection system : Identifying children at greatest risk of reabuse among those remaining in the home », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 165, n° 11, p. 1006-1012, doi:10.1001/archpediatrics.2011.129.
- DRAKE, B., JONSON-REID, M., WAY, I. et S. CHUNG (2003). « Substantiation and recidivism », *Child Maltreatment*, vol. 8, n° 4, p. 248-260.
- ENGLISH, D.J., MARSHALL, D.B., COGHLAN, L., BRUMMEL, S. et M. ORME (2002). « Causes and consequences of the substantiation decision in Washington State Child Protective Services », *Children and Youth Services Review*, vol. 24, n° 11, p. 817-851, doi:10.1016/s0190-7409(02)00241-4.
- ENGLISH, D.J., UPADHYAYA, M.P., LITROWNIK, A.J., MARSHALL, J.M., RUNYAN, D.K., GRAHAM, J.C. et H. DUBOWITZ (2005). « Maltreatment's wake : The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes », *Child Abuse and Neglect*, vol. 29, n° 5, p. 597-619.
- ENGLISH, D.J., WINGARD, T., MARSHALL, D., ORME, M. et A. ORME (2000). « Alternative responses to child protective services : Emerging issues and concerns », *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, n° 3, p. 375-388, doi: 10.1016/s0145-2134(99)00151-9.

- FLUKE, J.D., SHUSTERMAN, G.R., HOLLINSHEAD, D.M. et Y.Y.T. YUAN (2008). « Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization : Multistate analysis of associated factors », *Child Maltreatment*, vol. 13, n° 1, p. 76-88, doi:10.1177/1077559507311517.
- FLYNN, R.J., GHAZAL, H. et L. LEGAULT (2003). *Looking After Children : Assessment and Action Records (Second Canadian adaptation, AAR-C2)*, Ottawa, Université d'Ottawa, Centre for Research on Community Services.
- FORRESTER, D., MCCAMBRIDGE, J., WAISSBEIN, C. et S. ROLLNICK (2008). « How do child and family social workers talk to parents about child welfare concerns ? », *Child Abuse Review*, vol. 17, n° 1, p. 23-35, doi:10.1002/car.981.
- GILBERT, R., WIDOM, C.S., BROWNE, K., FERGUSSON, D., WEBB, E. et S. JANSON (2009). « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries », *The Lancet*, vol. 373, n° 9657, p. 68-81.
- HAMILTON, C.E. et K.D. BROWNE (1999). « Recurrent maltreatment during childhood : A survey of referrals to police child protection units in England », *Child Maltreatment*, vol. 4, n° 4, p. 275-286.
- HARDEN, B.J. et J.V. WHITTAKER (2011). « The early home environment and developmental outcomes for young children in the child welfare system », *Children and Youth Services Review*, vol. 33, n° 8, p. 1392-1403.
- HARDIKER, P., ATKINS, B., BARKER, M., BRUNTON-REED, S., EXTON, K., PERRY, M. et M. PINNOCK (2002). « A framework for conceptualising need and its application to planning and providing services », dans H. Ward et W. Rose (dir.), *Approaches to Needs Assessment in Children's Services*, London (OH), Jessica Kingsley, p. 49-70.
- HÉLIE, S. et C. LAURIER (2011). « Récurrence de la violence, subie ou agie, suite à une première intervention en protection de la jeunesse », communication présentée à la X<sup>e</sup> Journée annuelle de la recherche, Centre jeunesse – Institut universitaire.
- HUSSEY, J.M., MARSHALL, J.M., ENGLISH, D.J., KNIGHT, E.D., LAU, A.S., DUBOWITZ, H. et J.B. KOTCH (2005). « Defining maltreatment according to substantiation : Distinction without a difference ? », *Child Abuse and Neglect*, vol. 29, n° 5, p. 479-492.
- JONSON-REID, M. et R.P. BARTH (2000). « From maltreatment report to juvenile incarceration : The role of child welfare services », *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, n° 4, p. 505-520.
- KENDALL-TACKETT, K.A. et S. GIACOMONI (2005). *Child Victimization*, Kingston, Civic Research Institute.
- KOHL, P.L., JONSON-REID, M. et B. DRAKE (2009). « Time to leave substantiation behind : Findings from a national probability study », *Child Maltreatment*, vol. 14, n° 1, p. 17-26.
- KOTCH, J.B. et L.P. THOMAS (1986). « Family and social factors associated with substantiation of child abuse and neglect reports », *Journal of Family Violence*, vol. 1, n° 2, p. 167-179, doi:10.1007/bf00977251.
- LACHARITÉ, C. (2009). « L'approche participative auprès des familles », dans C. L. et J.-P. Gagnier (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 157-182.
- LACHARITÉ, C., ÉTHIER, L.S. et P. NOLIN (2006). « Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants », *Bulletin de psychologie*, vol. 59, n° 4, p. 381-394.
- LARRIVÉE, M.-C. (2005). *L'abus physique et sa cooccurrence avec d'autres formes de mauvais traitements. Ampleur du phénomène et contribution à une étiologie différentielle*, thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.

- LEITER, J., MYERS, K.A. et M.T. ZINGRAFF (1994). « Substantiated and unsubstantiated cases of child maltreatment : Do their consequences differ ? », *Social Work Research*, vol. 18, n° 2, p. 67-82.
- LEMAY, R. et H. GHAZAL (2007). *Looking After Children, A Practitioner's Guide*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.
- LÉVEILLÉ, S. et C. CHAMBERLAND (2010). « Toward a general model for child welfare and protection services : A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF) », *Children and Youth Services Review*, vol. 32, n° 7, p. 929-944, doi:10.1016/j.childyouth.2010.03.009.
- LÉVEILLÉ, S., LESSARD, D., CHAMBERLAND, C. et POIRIER A.-M. (2009). « Working together for the promotion and protection of the developmental needs of the child : Two examples from Québec sharing the same vision and consistent with the International Convention on the Rights of the Child », communication présentée à la Multi-disciplinary Conference of the Faculty of Law of the University of Toronto, *The Best Interests of the Child : Meaning and Application in Canada*, Toronto, février.
- MAY-CHAHAL, C., BERTOTTI, T., DI BLASIO, P., CEREZO, M.A., GERARD, M., GREVOT, A. et A. AL-HAMAD (2006). « Child maltreatment in the family : A European perspective », *European Journal of Social Work*, vol. 9, n° 1, p. 3-20, doi:10.1080/13691450500480706.
- MOREAU, J., CHAMBERLAND, C., OXMAN-MARTINEZ, J., ROY, C., LÉVEILLÉ, S. et L. LAPORTE (2001). *Transmission intergénérationnelle de la maltraitance : étude des liens entre les facteurs de protection et les facteurs de risque auprès d'une population de mères en difficulté : rapport d'activités scientifiques*, Montréal, Université de Montréal, École de service social.
- PARKER, R., WARD, H., JACKSON, S., ALGATE, J. et P. WEDGE (1991). *Looking After Children : Assessing Outcomes in Child Care*, rapport pour le Department of Health, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- PARTON, N. (1997). « Child protection and family support : Current debates and futures prospects », dans N. Parton (dir.), *Child Protection and Family Support : Tensions, Contradictions and Possibilities*, New York, Routledge, p. 1-24.
- PEIRSON, L., LAURENDEAU, M.-C. et C. CHAMBERLAND (2001). « Context, contributing factors, and consequences », dans I. Prilleltensky, G.B. Nelson et L. Peirson (dir.), *Promoting Family Wellness and Preventing Child Maltreatment : Fundamentals for Thinking and Action*, Toronto, University of Toronto Press, p. 419-448.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT FOR EDUCATION AND SKILLS (2006). *The Common Assessment Framework for Children and Young People : Supporting Tools. Integrated Working to Improve Outcomes for Children and Young People*, <[http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/\\_download/?id=931](http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/_download/?id=931)>.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH (2000). *Assessing Children in Need and Their Families : Practice Guidance*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH (1995a). *Child Protection : Messages from Research*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH (1995b). *Looking After Children : Assessment and Action Records, Essential Information Records, Care Plans, Placement Plans and Review Forms*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH, DEPARTMENT FOR EDUCATION AND EMPLOYMENT et HOME OFFICE (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*, <[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digital\\_assets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4014430.pdfU](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digital_assets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014430.pdfU)>.

- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH, SOCIAL SERVICES INSPECTORATE et SOCIAL CARE GROUP (1998). *Social Services Facing the Future : The Seventh Annual Report of the Chief Inspector, Social Services Inspectorate, 1997/98*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- ROYAUME-UNI. SOCIAL SERVICES INSPECTORATE (1999). *Inspection of Ashworth Hospital Social Work Service*, Londres, Social Services Inspectorate.
- SANDAUBECKLER, P., SALCIDO, R., BECKLER, M. J., MANNES, M. et M. BECK (2002). « Infusing family-centered values into child protection practice », *Children and Youth Services Review*, vol. 24, n° 9-10, p. 719-741, doi: 10.1016/s0190-7409(02)00226-8.
- SEDEN, J., DEPARTMENT OF HEALTH, SINCLAIR, R., ROBBINS, D., PONT, C. et THE STATIONERY OFFICE (2001). *Studies informing the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*, Londres, Stationery Office for the Department of Health.
- SLEP, A.M.S. et R.E. HEYMAN (2006). « Creating and field-testing child maltreatment definitions : Improving the reliability of substantiation determinations », *Child Maltreatment*, vol. 11, n° 3, p. 217-236, doi:10.1177/1077559506288878.
- TROCMÉ, N. et C. CHAMBERLAND (2003). « Re-involving the community : The need for a differential response to rising child welfare caseloads in Canada », dans N. Trocmé, D. Knoke et C. Roy (dir.), *Community Collaboration & Differential Response*, Ottawa, Child Welfare League of Canada, p. 45-56.
- TROCMÉ, N., FALLON, B., MACLAURIN, B., SINHA, V., BLACK, T. ET AL. (2010). *Étude canadienne sur l'indice des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008, données principales*, <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfnts-cis-2008-rprt-fra.pdf>>.
- TROCMÉ, N., KNOKE, D., FALLON, B. et B. MACLAURIN (2009). « Differentiating between substantiated, suspected, and unsubstantiated maltreatment in Canada », *Child Maltreatment*, vol. 14, n° 1, p. 4-16, doi:10.1177/1077559508318393.
- TUNNARD, T. (2002). « Matching needs and services : Emerging themes from its application in different social care settings » dans H. Ward et W. Rose (dir.), *Approaches to Needs Assessment in Children's Services*, London (OH), Jessica Kingsley, p. 99-126.
- TURCOTTE, D., SAINT-JACQUES, M.-C. et E. POULIOT (2005). « Les pratiques auprès des familles en difficulté : convergences et divergences entre les réalités en centre jeunesse et en CLSC », *Intervention*, n° 122, p. 90-101.
- WARD, H. (1995). *Looking After Children : Research into Practice*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- WARD, H., BROWN, R., WESTLAKE, D. et E.R. MUNRO (2010). *Infants Suffering, or Likely To Suffer, Significant Harm : A Prospective Longitudinal Study*, <<https://www.education.gov.uk/publications/RSG/AllPublications/Page1/DFE-RB053>>.
- WARD, H. et M. PEEL. (2002) « An inter-agency approach to needs assessment in children's services », dans H. Ward et W. Rose (dir.), *Approaches to Needs Assessment in Children's Services*, London (OH), Jessica Kingsley, p. 217-234.
- WULCZYN, F., BARTH, R.P., YUAN, Y.T., HARDEN, B.J. et J. LANDSVERK (2006). *Beyond Common Sense : Child Welfare, Child Well-Being, and the Evidence for Policy Reform*, Nouveau-Brunswick, Aldine Transaction.
- WULCZYN, F., DARO, D., FLUKE, J., FELDMAN, S., GLODEK, C., et K. LIFANDA (2010). *Adapting a Systems Approach to Child Protection Key Concepts and Considerations*, New York, UNICEF, 47 p.



**SECTION 1**

# **LES ENFANTS PLACÉS EN MILIEU SUBSTITUT DANS DIVERS PAYS**

**L'APPROCHE**

**LOOKING AFTER CHILDREN**

---





# **L'APPROCHE S'OCCUPER DES ENFANTS (SOCEN)**

## **DE L'ÉVALUATION À L'ACTION: UN PASSAGE QUI SE DOIT D'ÊTRE SOUTENU**

---

**Ginette SARRAZIN, M.A.**

Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ)

**Ginette D'AURAY, M.A.**

Centres jeunesse de l'Outaouais

**Madeleine DIONNE, M.A.P.**

Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ)

**Huguette LEBEL, B. Sc. Soc.**

Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

### **2.1. L'OBJECTIF DU CHAPITRE ET SES SECTIONS**

Ce chapitre a pour objectif de présenter les résultats d'une démarche d'accompagnement d'un groupe d'intervenants aux changements de pratiques introduits par l'approche S'occuper des enfants (SOCEN) dans leur quotidien. Ceux-ci agissent à titre de responsables des enfants hébergés en famille d'accueil dans cinq centres jeunesse (CJ) du Québec. La démarche vise à les soutenir dans l'utilisation des données recueillies à l'aide du Cahier d'évaluation et de suivi (CÉS), l'outil au cœur de l'approche SOCEN, en vue de la préparation du plan d'intervention. En portant une attention particulière aux besoins des intervenants invités à modifier certaines pratiques cliniques, ce chapitre met en relief la nécessité de les accompagner au cours de la phase de transition inhérente à tout processus de changement. Cet accompagnement nécessite aussi de les intégrer dans la recherche, l'application et l'évaluation de solutions visant à faciliter l'utilisation du CÉS et la planification de l'intervention.

La première section du chapitre rappelle brièvement ce qu'est l'approche SOCEN. La deuxième section définit les changements de pratiques cliniques que sous-tend l'approche pour les intervenants. La troisième section présente, quant à elle, les liens essentiels à établir entre le CÉS et le plan d'intervention dans le cadre de cette approche. Certaines notions liées au changement sont introduites dans la quatrième section de façon à comprendre le sens donné à la démarche de soutien des intervenants. Enfin, la démarche de soutien au changement est explicitée dans la cinquième section à l'aide de la méthode et des résultats atteints. Des conclusions et des recommandations terminent le chapitre.

## **2.2. L'APPROCHE SOCEN**

SOCEN est une approche d'intervention novatrice axée sur le développement optimal et le bien-être de l'enfant hébergé en milieu substitut grâce, notamment, à une évaluation minutieuse de ses besoins de développement et à la qualité de l'exercice du rôle parental. Cette approche vise à soutenir de façon concrète les adultes mandatés par la Loi sur la protection de la jeunesse pour prendre soin d'un enfant placé (parent, parent d'accueil et intervenant) dans leur réponse aux besoins de développement de ce dernier.

L'approche SOCEN s'appuie sur la prémisse qu'un enfant hébergé a droit à la même qualité de soins que ceux prodigués par tout parent attentif. Elle offre un cadre de référence théorique, un cadre d'analyse de la situation de l'enfant et de celle des parents d'accueil ainsi qu'un cadre de travail et des outils sur lesquels s'appuie la planification de l'intervention et des services aux enfants hébergés dans différentes ressources offertes par les C.J. Les interventions réalisées dans le cadre de cette approche visent à assurer la sécurité et le développement de l'enfant.

Le but de l'approche SOCEN est d'améliorer les conditions et les expériences de vie actuelles de l'enfant de façon à promouvoir son développement optimal et sa résilience. Sept dimensions sont évaluées en raison de leur contribution au bien-être d'un enfant : la santé, l'éducation, l'identité, la famille et les relations sociales, la présentation de soi, le développement émotif et comportemental ainsi que l'autonomie. Cette approche met l'accent sur le renforcement des forces et des compétences de l'enfant, et utilise le rêve de vie de ce dernier afin de susciter sa motivation à s'engager dans des expériences positives et valorisantes qui lui permettront au quotidien de reprendre la voie de son développement normal, et de construire ainsi sa résilience. L'approche SOCEN nourrit la croyance qu'un présent meilleur mène à un avenir positif, et ce, quel que soit le passé.

### **2.3. LES CHANGEMENTS DE PRATIQUES CLINIQUES INTRODUITS PAR L'APPROCHE**

L'approche SOCEN pose un certain nombre de défis au regard du cadre de référence théorique et des outils habituellement utilisés par l'intervenant auprès des enfants hébergés en famille d'accueil. Un premier défi est lié à l'introduction d'un nouveau paradigme de la façon de concevoir l'intervention, qui oblige l'intervenant à dépasser sa vision habituelle des difficultés, des lacunes ou des traumatismes de l'enfant, pour faire une place importante à ses forces, à ses talents et au rêve qu'il nourrit de ce qu'il souhaiterait être sa vie dans un avenir plus ou moins éloigné. L'utilisation d'un outil très rigoureux, le CÉS – qui est perçu comme exigeant en raison du temps requis pour le remplir et de la nécessité de le maîtriser –, représente un deuxième défi pour les intervenants. Le type de rencontre que sous-tend l'approche représente un troisième défi, puisqu'il exige le recours à des techniques d'animation sollicitant la participation réelle et entière des principaux acteurs et la construction conjointe du sens associé aux conditions et aux expériences de vie actuelles de l'enfant. L'expression des différents points de vue est recherchée de façon à renforcer le pouvoir d'agir de l'enfant et de ses parents d'accueil. Bref, l'approche SOCEN représente pour les intervenants des changements de pratiques qu'il ne faut pas sous-estimer. Par conséquent, le changement et surtout l'accompagnement des intervenants lors de la période de transition qui lui est inhérente, c'est-à-dire les moments entre l'annonce du changement et son application dans les pratiques quotidiennes, sont les angles retenus pour donner un sens à la démarche dont il est question dans ce chapitre.

### **2.4. LE CAHIER D'ÉVALUATION ET DE SUIVI (CÉS) ET LE PLAN D'INTERVENTION (PI)**

Le CÉS permet l'actualisation de l'approche SOCEN par l'intermédiaire de deux fonctions distinctes et complémentaires. D'une part, le CÉS contribue à l'évaluation minutieuse des besoins de développement de l'enfant. D'autre part, il sert d'outil préparatoire à la planification de l'intervention qui sera traduite, dans un deuxième temps, dans le plan d'intervention (PI) de l'enfant. Le CÉS est conçu de façon à ce que les questions liées à chacune des dimensions du développement se trouvent du côté gauche de la page, alors que la page de droite vierge permet à l'intervenant d'y inscrire toutes les informations pertinentes à la situation de l'enfant. Cette page est considérée comme une première ébauche de la planification de l'intervention puisqu'elle permet de mettre en évidence les besoins de développement prioritaires de l'enfant ainsi que de déterminer les moyens susceptibles

d'apporter les réponses appropriées. Elle doit mener à la rédaction d'un PI dont les objectifs reflètent la pensée SOCEN. Les caractéristiques d'un PI qui intègrent cette approche sont les suivantes : 1) utilisation du rêve de vie de l'enfant comme levier au développement de ses compétences ; 2) personnalisation des objectifs à partir des sept dimensions du développement ; 3) traduction d'attentes élevées ; 4) formulation positive des objectifs basée sur le potentiel de l'enfant ; 5) énoncé des objectifs en résultats précis, mesurables, adaptés à l'enfant, réalistes en ce qui a trait aux défis et inscrits dans une limite de temps.

Une démarche est proposée aux intervenants qui participent à l'implantation de l'approche SOCEN dans les CJ suivants : Bas-Saint-Laurent, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Estrie et Québec, dans le but de favoriser une plus grande utilisation de cette « page de droite » et ainsi faciliter le passage entre l'évaluation des besoins de l'enfant et la réalisation du plan d'intervention. L'implication des intervenants dans la création, l'expérimentation et l'évaluation d'une « page de droite » susceptible de mieux répondre à leurs besoins est mise de l'avant afin de faciliter une prise en compte plus importante des données recueillies à l'aide du CÉS dans le PI. Il est espéré que cet accompagnement aux différentes étapes de la démarche se traduise par une utilisation plus fréquente et plus judicieuse de l'outil, et ainsi une meilleure intégration de l'approche et de l'outil par les intervenants et, par voie de conséquence, la réalisation des changements de pratiques envisagés.

## **2.5. COMPRENDRE ET SOUTENIR LES CHANGEMENTS DE PRATIQUES**

La littérature regorge d'études et d'articles sur la gestion du changement. Pour bien comprendre le processus vécu par les individus, Maletto (2009) rappelle l'importance de s'intéresser à l'inévitable période de transition que ceux-ci traversent lors de tout changement. Selon cet auteur, la nature de l'accompagnement offert aux individus est responsable de l'échec de plus de 80 % des projets de changement. Il importe, selon Le Saget (cité dans Bridges, 1991), de faire une distinction entre ce qui est appelé le changement et le processus de transition par lequel cheminent les individus. Selon l'auteur, le changement est une modification objective de l'environnement, extérieure à soi et circonscrite dans le temps. La transition, pour sa part, concerne le processus émotionnel vécu par l'individu pour assimiler le changement et s'adapter à celui-ci. Cette phase du processus de changement est donc individuelle, subjective et non factuelle et, par conséquent, beaucoup plus longue. En définitive, la phase de transition

requiert le temps nécessaire à l'individu pour s'adapter au changement. Selon Le Saget (cité dans Bridges, 1991), c'est la transition réussie qui fait le changement et non l'inverse.

Un nombre important de chercheurs ont étudié les conditions qui, selon le point de vue des personnes concernées, contribuent à leur adhésion et à leur adaptation au changement annoncé. Ces dernières, présentées par Maletto (2004), concernent la possibilité de participer au processus de changement, une bonne compréhension du sens de ce changement et de la démarche, le sentiment d'être respecté et considéré tout au long du processus, le soutien de la direction, le sentiment d'appartenance à une équipe solidaire et, enfin, l'assurance de pouvoir contribuer à sa mise en œuvre. La réussite de la période de transition au changement ne peut être attribuable au fruit du hasard. Par conséquent, une équipe formée des coordonnatrices de trois CJ et de la coordonnatrice provinciale de l'implantation de l'approche SOCEN a planifié, organisé, animé et évalué la démarche présentée dans ce chapitre auprès des intervenants, tout en ayant en tête l'application des conditions gagnantes à une transition réussie. La prochaine section présente cette démarche de soutien aux changements de pratiques.

## **2.6. LA DÉMARCHE DE SOUTIEN AUX CHANGEMENTS DE PRATIQUES**

### **2.6.1. MÉTHODE**

Pour réaliser cette démarche, l'équipe responsable du projet retient quatre stratégies : 1) obtenir l'autorisation de la direction des CJ concernés pour inciter des intervenants à participer à la démarche ; 2) solliciter l'implication des formateurs puis, dans un second temps, des intervenants dans l'élaboration d'un outil qui répondrait davantage à leurs besoins ; 3) assurer une disponibilité et une réponse rapide à leurs questionnements tout au long de la démarche ; et 4) les aider dans l'évaluation du déroulement et des résultats atteints.

L'examen du CÉS en vue de sa bonification exige de faire appel à des intervenants qui en possèdent une bonne expérience. Les intervenants ciblés par ce projet proviennent de cinq CJ qui appliquent l'approche depuis une période variant de deux à cinq ans. Au total, une trentaine d'intervenants ont été ciblés. Ces derniers sont sollicités à participer à une session de travail pour bonifier l'outil « page de droite », à s'engager pour une période de quatre mois à expérimenter ce nouvel outil dans le cadre de rencontres visant à le remplir avec un jeune et les parents d'accueil, et, finalement, à rédiger le PI de ce jeune.

Au départ, les participants sont sélectionnés parmi deux groupes d'intervenants répondant aux critères établis par l'équipe responsable du projet. Le premier groupe est constitué d'intervenants ayant démontré un intérêt pour l'approche, sa philosophie, le CÉS et enclins à en parler positivement. De plus, les notes d'observation de la coordonnatrice SOCEN de leur établissement doivent fournir des indices permettant de conclure à l'intégration de l'approche dans les façons de penser, d'intervenir et de remplir le CÉS. Finalement, ces intervenants doivent avoir la capacité de définir, au bénéfice de leurs collègues, certains indicateurs de la valeur ajoutée de l'approche à leurs pratiques. Les intervenants du deuxième groupe, quant à eux, doivent exprimer des réserves, se montrer critiques à l'égard de l'approche et du CÉS, nécessiter un soutien externe pour le remplir et voir peu ou aucune valeur ajoutée de son apport sur le plan clinique.

En fin de compte, seulement quinze de la trentaine d'intervenants prévus participent à la démarche, et les deux groupes ne peuvent être constitués selon les critères retenus. La pression du temps oblige les coordonnateurs régionaux à solliciter les intervenants disponibles et intéressés à cette période de l'année, sans égard à leur positionnement vis-à-vis de l'approche SOCEN. Parmi ces intervenants, six sont formateurs de l'approche dans leur CJ.

La démarche d'accompagnement au changement se concrétise par la réalisation des activités suivantes par l'équipe responsable du projet : session de travail avec les formateurs SOCEN en vue de l'élaboration d'une proposition d'une nouvelle « page de droite », dépôt de cette proposition au groupe d'intervenants y participant, production et diffusion de la « page de droite » retenue, associée de consignes pour l'expérimentation. Les intervenants, pour leur part, expérimentent la nouvelle « page de droite » dans le cadre de la démarche visant à remplir le CÉS avec un jeune et ses parents d'accueil, puis rédigent un plan d'intervention pour ce dernier.

## **2.6.2. RÉSULTATS**

### **2.6.2.1. Modifications à la « page de droite » du CÉS**

D'entrée de jeu, soulignons qu'au terme de la démarche, les stratégies prévues ont été réalisées et les délais, bien que très courts et s'inscrivant dans le contexte estival, ont été respectés. Les consignes d'utilisation des outils ont été suivies par quatorze des quinze intervenants concernés. Toutefois, l'absence d'uniformité des consignes de reproduction du nouveau matériel a donné lieu à des visuels très

différents des outils d'une région à l'autre. Ces différences pourraient avoir influencé la perception des intervenants quant à leur convivialité et leur facilité d'utilisation.





D'abord, une première rencontre de la coordonnatrice provinciale avec quatre formateurs SOCEN a lieu. Des recommandations sont émises pour faciliter l'utilisation de l'actuelle « page de droite » (figure 2.1). Ces dernières portent principalement sur le retrait d'informations complémentaires à chacune des dimensions du développement qui sont situées dans la marge de droite. Leur sous-utilisation pendant la rencontre et la lourdeur qu'elles ajoutent au formulaire justifient ce retrait. Les formateurs SOCEN proposent également de retirer la marge de gauche (questions auxquelles un complément d'information peut être ajouté) afin que l'intervenant inscrive lui-même le numéro de la question. Ainsi, il bénéficie de l'espace voulu pour inscrire ces informations. Finalement, ils souhaitent ajouter des codes qui permettraient de cibler rapidement la nature de l'information pertinente à inscrire sur cette page.

Dans un deuxième temps, la « page de droite » est présentée aux intervenants participant à la démarche. Leur réaction est très positive. Après examen, certains codes sont retenus par les intervenants pour leur pertinence et leur utilité de même que pour leur facilité à être repérés en vue de la planification de l'intervention (figure 2.2). Cet échange avec les intervenants concernés permet de mettre en évidence leur besoin d'être aidés afin de déterminer un ordre de priorité parmi les besoins de développement de l'enfant et ainsi faciliter le passage du CÉS au PI de celui-ci.

### **2.6.2.2. Portraits synthèses**

À la suite des échanges avec les intervenants, un second outil voit le jour. Cet outil, appelé « portrait synthèse », est intégré à la fin de chaque dimension et rappelle l'objectif poursuivi par celle-ci de même que les indicateurs de bien-être qui lui sont associés. Ces portraits synthèses regroupent les informations pertinentes mises en lumière au cours des échanges suscités par les questions du CÉS et notées sur la « page de droite ». En effectuant un retour avec le parent d'accueil et le jeune à la fin de chaque dimension, les intervenants conviennent des informations qui ont un caractère essentiel à la planification de l'intervention. Ces informations sont considérées comme étant les besoins prioritaires de développement du jeune et devront être formulées sous forme d'objectifs dans le PI (figure 2.3).

Figure 2.1 – « Page de droite » actuelle du CÉS

<b>S'occuper des enfants</b>		<b>CÉS: Dimension santé (5 - 9 ans) 1a</b>	
<p>L'espace ci-dessous permet à l'intervenant auprès de l'enfant de préparer une première ébauche du plan de soins de l'enfant (objectifs, travail requis, date cible et personnes responsables pour l'exécution d'actions futures).</p>			
			<b>DIMENSION 1: SANTÉ</b>
			<p>Le développement est un domaine où la continuité et les comparaisons sont importantes. L'intervenant auprès de l'enfant doit collaborer avec les professionnels de la santé afin de s'assurer que la grandeur et le poids s'inscrivent dans les normes et de prendre les actions nécessaires le cas échéant.</p>
H1	<input type="checkbox"/>		 <p>Les agences de services à l'enfance doivent fixer des visites médicales et dentaires régulières pour tous les enfants sous leur responsabilité. Ceci est particulièrement important pour les enfants de familles vivant dans un environnement à risque élevés puisqu'ils souffrent d'une plus grande incidence d'abus, de maladies infectieuses, de croissance ralentie, de maladies dentaires, de conditions respiratoires, d'accidents, d'abus de drogues, de maladies mentales, et de troubles comportementaux.</p>  <p>Le domaine de la santé est un domaine interdépendant aux autres et une partie intégrale de toutes les autres dimensions relatives à l'éducation et au développement des enfants, par exemple, le traitement dentaire peut améliorer l'apparence, la confiance en soi, et par conséquent, les accomplissements de l'enfant.</p>
H2	<input type="checkbox"/>		
H3	<input type="checkbox"/>		
H4	<input type="checkbox"/>		
H5	<input type="checkbox"/>		
H6	<input type="checkbox"/>		
H6A	<input type="checkbox"/>		
H7	<input type="checkbox"/>		
H8	<input type="checkbox"/>		
H9	<input type="checkbox"/>		
H10	<input type="checkbox"/>		
H11	<input type="checkbox"/>		



**Figure 2.2 – Nouvelle « page de droite » du CÉS proposée**

**Approche SOCEN**

Inscrivez sur cette page toutes les informations pertinentes  
en vue de l'élaboration du plan d'intervention

**I** = Informations factuelles (nom et n° de téléphone), **B** = Besoins, **F** = Forces/compétences,  
**D** = Désaccord/divergence d'opinions, **O** = Objectifs, **M** = Moyens/stratégies à privilégier,  
**A** = Autre information jugée pertinente

N. B. : N'oubliez pas d'inscrire le numéro de la question concernée.

N° de question	Informations pertinentes	Code

Source : Flynn et al., 2006.

Figure 2.3 – Exemple d’un portrait synthèse

**Portrait synthèse – dimension « Santé »**

Inscrivez sur cette page toutes les informations essentielles en vue de l’élaboration du plan d’intervention

**Objectif :** Être et demeurer en bonne santé

Indicateurs de bien-être :

- L’enfant est habituellement en bonne santé.
- L’enfant se développe de façon satisfaisante au regard de son âge.
- Le poids de l’enfant se situe dans la norme pour sa grandeur.
- Toutes les mesures préventives de santé sont prises, incluant l’administration des vaccins appropriés.
- Toute incapacité ou problème de santé est traité.
- L’enfant ne met pas sa santé en danger.
- L’enfant est raisonnablement protégé contre les accidents courants.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Source : Flynn *et al.*, 2006.

### 2.6.2.3. Points de vue des intervenants

L'expérimentation de la nouvelle « page de droite » par les intervenants donne lieu à plusieurs commentaires positifs. L'ajout des codes permet le rappel des éléments à aborder et sert de point de repère pour déterminer les besoins prioritaires de développement et, par conséquent, les objectifs à poursuivre à l'aide du PI. De plus, ces codes organisent l'information et rendent ces pages plus faciles et agréables à consulter en évitant les retours continuels et fastidieux aux questions du CÉS. Ils mettent également en lumière les éléments qui ressortent de l'entrevue et favorisent la recherche des précisions nécessaires à leur approfondissement. Finalement, aucune information pertinente n'est mise de côté pour la préparation du portrait synthèse de l'enfant à chacune des dimensions de son développement. Le principal apport de cette nouvelle page de droite, aux dires des intervenants, se situe sur le plan du repérage rapide et clair des besoins, des objectifs et des moyens essentiels à la planification et à l'élaboration du plan d'intervention.

Par ailleurs, les intervenants qui n'utilisaient pas la « page de droite » avant cette expérimentation jugent que la remplir augmente le temps de rencontre et oblige l'appropriation de plusieurs codes. Par contre, l'ajout des codes a peu d'effet chez deux intervenants qui utilisaient déjà les leurs. Enfin, un petit nombre d'intervenants déplorent la disparition de certaines capsules cliniques pertinentes dans la marge de la page de droite.

Les portraits synthèses, quant à eux, sont considérés comme très aidants par les intervenants. Toutefois, ces derniers doivent passer outre leur première impression de longueur et d'ajout de paperasse pour apprécier l'espace de recul et de réflexion que l'outil leur offre à l'égard des conditions de vie et des expériences actuelles vécues par l'enfant. Ils en concluent que les portraits synthèses prennent moins de temps à remplir qu'il n'y paraît et que les bénéfiques dépassent largement l'impression mitigée du début. Aux dires des intervenants, les portraits synthèses aident à cerner plus précisément, parmi les besoins de développement de l'enfant, ceux qui apparaissent comme étant prioritaires. Les références à l'objectif et aux indicateurs de bien-être de chaque dimension soutiennent la formulation des objectifs du plan d'intervention. Ces portraits synthèses, lorsque remplis avec rigueur, agissent à titre de première version du PI. Ils représentent une valeur ajoutée lors de la révision du plan d'intervention en ciblant clairement les aspects ayant fait l'objet d'une intervention, les résultats obtenus ainsi que la suite à envisager. À cet égard, ils contribuent à la continuité de l'intervention par les différents acteurs en permettant

à tous de mettre l'accent sur des cibles communes. Finalement, ces portraits synthèses peuvent aussi être utilisés avec les parents biologiques pour les aider à mieux connaître leur enfant.

Les intervenants notent également une augmentation de leur sentiment d'efficacité personnelle en lien notamment avec la rigueur assurée par ces outils et la réalisation d'un PI plus complet et plus précis. Ce dernier est plus centré sur les besoins prioritaires de développement de l'enfant, et comporte des objectifs précis, mesurables, réalistes et situés à l'intérieur d'un échéancier. La révision de ces objectifs permet de mesurer les résultats atteints par l'enfant et, du coup, d'apprécier les effets des interventions réalisées auprès de ce dernier par les parents d'accueil et les intervenants. Par ailleurs, les intervenants mentionnent aussi que le tout favorise des ententes claires sur la contribution de chacun des acteurs et en particulier celle des parents d'accueil, une perception positive de l'enfant et du parent d'accueil à l'égard de l'intervention, et un sentiment de justice et d'équité rassurant pour la clientèle.

## CONCLUSION

La démarche d'accompagnement des intervenants au changement préconisée par l'approche SOCEN souhaite porter une attention particulière aux besoins de ces derniers dans un contexte de modifications de leurs pratiques cliniques. L'objectif de cette démarche est de démontrer la pertinence de leur implication et de leur accompagnement au cours de la phase de transition inhérente à tout processus de changement, en vue d'atteindre les résultats souhaités par l'application de l'approche SOCEN auprès des enfants hébergés en famille d'accueil.

La création de deux outils, perçus comme prometteurs pour faciliter la collecte et l'utilisation des données du CÉS en vue de la planification de l'intervention, permet d'atteindre les objectifs poursuivis par cette démarche. Les « pages de droite » servant à la notation des informations pertinentes au regard de la situation de l'enfant sont utilisées en conformité avec leur raison d'être. De plus, elles contribuent à la réalisation des portraits synthèses de chaque dimension, en faisant ressortir les besoins qui doivent se retrouver en priorité dans le plan d'intervention. Ces portraits synthèses reflètent la priorisation des besoins de développement de l'enfant et facilitent, à l'image d'un processus en entonnoir, l'utilisation des données du CÉS dans la rédaction du PI.

Il ne fait aucun doute que le respect par l'équipe responsable du projet des conditions reconnues pour soutenir l'acceptation et l'adhésion à un changement contribue largement au succès de cette démarche. Ainsi, la participation des intervenants est assurée lors de chaque étape de ce projet, et leur implication est primordiale à sa mise en œuvre et à son suivi. Une grande importance est accordée par les responsables du projet au sens et aux objectifs poursuivis ainsi qu'au respect et à la considération de ces intervenants qui s'engagent volontairement à animer la démarche SOCEN et à faire un PI à l'intérieur d'un délai très court pendant la période estivale. Les directions des établissements concernés soutiennent la démarche par la mise en place des conditions souhaitées par ce projet. Finalement, les intervenants se perçoivent comme contribuant à l'équipe responsable du projet et au développement de la pratique SOCEN.

Pour conclure cette démarche et en permettre la généralisation à tous les intervenants concernés par l'application de l'approche SOCEN, quatre recommandations sont formulées à la coordination provinciale. Premièrement, des modifications mineures doivent être apportées au contenu et au format des deux outils à la suite de leur évaluation, notamment le retrait du code « I = Informations factuelles » et le regroupement sous le code « O = Objectifs » des objectifs et des moyens qui doivent figurer au PI. Ces deux outils doivent aussi être intégrés dans les versions des CÉS adaptés à la réalité québécoise et dont les travaux sont en cours. Deuxièmement, leur diffusion par les coordonnateurs régionaux à l'ensemble des intervenants déjà formés permettra à tous de bénéficier de la contribution de leurs collègues. Troisièmement, l'intégration par la coordination provinciale de ces outils dans la formation initiale SOCEN permettra à tous les nouveaux intervenants de profiter de l'expérience de leurs prédécesseurs avant même de commencer l'animation de la démarche auprès d'enfants et de parents d'accueil. En dernier lieu, les travaux réalisés dans le cadre de cette démarche ouvrent sur la perspective d'un nouveau projet visant l'examen attentif des PI afin de mesurer les changements annoncés par l'utilisation de ces outils.

Cette démarche d'accompagnement des intervenants lors de la phase de transition d'un changement n'a, somme toute, rien d'extraordinaire. À l'instar du message transmis par l'approche SOCEN, ces résultats ne peuvent être attribués qu'aux effets de la magie de l'ordinaire, soit d'une transition soutenue, accompagnée et réussie.

## BIBLIOGRAPHIE

- BRIDGES, W. (1991). *Managing Transition : Making the Most of Change*, New York, Perseus Publishing.
- FLYNN, R.J., GHAZAL H. et L. LEGAULT (2006). *S'occuper des enfants : cahier d'évaluation et de suivi. Deuxième adaptation canadienne – CÉS-C2*, Ottawa/Londres, Université d'Ottawa, Centre de recherche sur les services communautaire/Her Majesty's Stationery Office (HMSO).
- MALETTO, M. (2009). *La conduite du changement : comment faire adhérer le personnel*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 138 p.

# L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE S'OCCUPER DES ENFANTS (SOCEN) AU QUÉBEC

## L'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIENCE DES ENFANTS

---

**Marie-Andrée POIRIER, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal

**Marie-Claude SIMARD, Ph. D.**

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

**Isabelle BEAUMIER, M. Sc.**

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

**Béatrice DECALUWE, doctorante**

École de psychologie, Université Laval

En collaboration avec Renée DUMONT et Véronique NOËL

Entre 2003 et 2009, le Québec (Canada) implante l'approche S'occuper des enfants (SOCEN) et le Cahier d'évaluation et de suivi (CÉS) dans quatre centres jeunesse : Chaudière-Appalaches, Bas-Saint-Laurent, Batshaw et Outaouais. Cette démarche d'implantation est accompagnée d'un projet d'évaluation ayant pour objectif d'évaluer le processus d'implantation et ses effets<sup>1</sup>. La première phase d'évaluation, qui a pris fin en juin 2006, avait pour objectif d'évaluer les conditions d'implantation de l'approche SOCEN ainsi que la perception des jeunes, des parents d'accueil et des intervenants sur les retombées de l'approche. La seconde phase visait à documenter les effets de l'utilisation de SOCEN sur les pratiques des parents d'accueil et des intervenants ainsi que sur le bien-être et le développement des jeunes placés. Le présent chapitre s'inscrit dans la phase I

---

1. Le projet d'implantation et son évaluation sont réalisés avec l'appui financier de la Stratégie nationale de prévention du crime (SNPC) du gouvernement du Canada, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec.

d'évaluation : son principal objectif est de présenter les résultats d'une démarche de recherche qualitative réalisée auprès d'un groupe de jeunes visés par le projet SOCEN au Québec. Dans cette démarche de recherche, il est considéré que la compréhension des enjeux liés à l'implantation de SOCEN et du CÉS serait incomplète si elle n'explorait pas le point de vue des jeunes.

Les sections qui suivent portent sur les différents aspects méthodologiques de la démarche de recherche qualitative auprès des jeunes, sur l'analyse de leur discours ainsi que sur une réflexion de l'apport particulier de leur point de vue à la compréhension de l'approche SOCEN et de ses retombées.

## **3.1. MÉTHODE**

### **3.1.1. ÉCHANTILLON**

Seize jeunes du projet pilote d'implantation de l'approche ont été retenus pour participer à deux entrevues se déroulant à deux temps de mesure, soit après avoir rempli un premier CÉS (temps 1) et environ 12 mois plus tard, après avoir rempli un second CÉS (temps 2). Ces jeunes ont été sélectionnés au hasard parmi les 136 jeunes participant au projet SOCEN. Les jeunes sélectionnés sont âgés de 8 à 16 ans. Il est important de préciser qu'au temps 2, seulement 8 des 16 jeunes interrogés au temps 1 l'ont été de nouveau, ce qui représente un taux d'attrition de 50 %. Quatre jeunes ont refusé de participer à la seconde entrevue et quatre autres n'étaient plus concernés par le projet SOCEN.

Parmi les 16 jeunes rencontrés, il y a 11 filles (69 %) et 5 garçons (31 %). Au moment de la première entrevue, leur moyenne d'âge est d'environ 12 ans (l'âge varie de 6 à 15 ans, avec un écart-type de 2,7 ans) et ils vivent en famille d'accueil depuis en moyenne 6 ans. Les jeunes devaient être placés pour une période d'au moins un an pour participer au projet SOCEN. Ils ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des jeunes placés au Québec. En ce qui concerne les raisons du placement, ce sont les motifs suivants : abus physique/sexuel ( $n = 4$ ), les capacités du parent ( $n = 4$ ), négligence ( $n = 3$ ), abus émotif ( $n = 2$ ) et abandon ( $n = 1$ ). Pour deux jeunes, le principal motif de placement est inconnu. Parmi les jeunes qui ont participé à la seconde entrevue (temps 2), il y a six filles et deux garçons. Leur moyenne d'âge au moment de cette seconde entrevue est de 12,5 ans. L'âge des jeunes interrogés à ce second temps de mesure varie de 9 à 16 ans (écart-type de 2,4 ans).



### 3.1.2. STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES

Afin de connaître le point de vue des jeunes, la stratégie retenue est l'entrevue individuelle semi-structurée. Une grille d'entrevue adaptée aux jeunes est construite à partir des thèmes suivants : la compréhension de l'approche SOCEN, l'utilisation du CÉS ainsi que la perception des retombées de ce dernier. De plus, au temps 2, des questions sur l'utilisation du CÉS dans la planification de l'intervention sont ajoutées.

Les entrevues, d'une durée moyenne d'une heure, se déroulent au domicile des jeunes ou dans un bureau du centre jeunesse. Pour chacun des jeunes, le consentement des parents biologiques ou du tuteur, selon le statut de l'enfant, est nécessaire à sa participation à la recherche. Au début de chacune des entrevues, le sujet de l'entretien est expliqué ainsi que les aspects liés à la confidentialité. Avec l'assentiment du jeune, les entrevues sont enregistrées et retranscrites intégralement.

### 3.1.3. STRATÉGIE D'ANALYSE

Le matériel recueilli est analysé à partir d'une stratégie d'analyse de contenu. Un premier découpage à partir des thèmes présents dans la grille d'entrevue est réalisé. Une seconde étape consiste en la création d'un système de sous-catégories afin de rendre compte de l'ensemble des idées émises par les jeunes. Un tableau présentant chacune des sous-catégories d'analyse accompagnées du compte rendu intégral (verbatim) tiré du discours des jeunes est construit, et ce, pour chaque temps de mesure. La lecture de ces tableaux permet de retrouver les informations concernant chaque participant, mais également de faire des comparaisons à l'intérieur de l'échantillon. Les tableaux sont utilisés pour repérer les catégories qui se recoupent afin de faire des comparaisons entre les deux temps de mesure et pour tirer certaines conclusions. Les conclusions sont vérifiées en retournant aux transcriptions d'entrevues ainsi que grâce à des discussions continues à l'intérieur de l'équipe de recherche. Le travail d'analyse des données qualitatives est effectué par la chercheuse principale de l'équipe et les trois personnes qui ont réalisé les entrevues.

## 3.2. RÉSULTATS

Dans cette section, la perspective des jeunes concernant les différents thèmes est présentée afin de traduire l'essentiel du message livré par ces derniers à l'égard de l'approche SOCEN et du CÉS. L'objectif est de traduire l'ensemble des points de vue émis par les jeunes. Afin de rendre compte le plus fidèlement possible de la voix des jeunes interrogés,

la présentation des résultats est ponctuée de certains extraits d'entrevues. Finalement, en raison du taux élevé d'attrition, on a résolu de ne pas présenter de comparaison entre les deux temps de mesure.

### 3.2.1. COMPRÉHENSION DE L'APPROCHE SOCEN

Lors de l'entrevue, il est demandé aux jeunes : « *Si un autre enfant placé en famille d'accueil te demandait c'est quoi le projet SOCEN, qu'est-ce que tu lui dirais ? Comment tu lui expliquerais ça ?* » La majorité des jeunes qui participent au projet expliquent SOCEN en faisant référence à l'utilité de l'outil d'évaluation, le CÉS. Ils soulignent que le CÉS est un outil qui peut les aider dans leur vie, notamment à mieux se connaître, à mieux connaître leur milieu de vie et à permettre à leur entourage de mieux les connaître. Les jeunes mentionnent aussi que le CÉS permet d'évaluer différentes dimensions de leur développement ainsi que leur perception de ces dimensions, et de déterminer lesquelles nécessitent une amélioration. Ils précisent que le CÉS contribue à suivre leur évolution. Finalement, ils mentionnent que le CÉS contribue à améliorer les relations avec les personnes qui prennent soin d'eux. **Anick (15 ans<sup>2</sup>)** rapporte que « *c'est un projet qui va t'aider toi dans ton petit cœur, qui va te permettre à mieux t'accepter et à parler avec plus de monde. Ça va te rapprocher avec ta maman pis ton papa d'accueil, à avoir des liens plus forts* ».

Certains jeunes ont un point de vue différent et perçoivent SOCEN comme une simple série de questions personnelles qui vont servir à une étude. Un autre sous-groupe de jeunes rapportent ne pas être en mesure d'expliquer l'approche ni de comprendre la raison pour laquelle on leur pose les questions contenues dans le CÉS. La plupart des jeunes interrogés disent avoir reçu des explications au sujet de SOCEN et de leur implication dans le projet. Toutefois, au moment de l'entrevue, plusieurs ne se souviennent plus des explications reçues<sup>3</sup>.

À la lumière de ces résultats, il est également possible de se questionner sur la façon dont les jeunes sont informés du projet. Un petit livret expliquant l'approche a été distribué à l'ensemble des intervenants concernés par le projet afin que ceux-ci puissent le remettre aux jeunes en âge de lire. Or seulement 1 enfant sur les 16 rencontrés en entrevue

2. Les noms rapportés sont fictifs. Le genre et l'âge des répondants ont été respectés.

3. Il importe de préciser qu'en raison de délais inattendus, certains jeunes ont été interrogés plusieurs mois après avoir rempli le CÉS, ce qui peut en partie expliquer leurs difficultés à se souvenir des informations qu'ils avaient reçues.

dit avoir reçu des explications par l'entremise de ce livret. Par ailleurs, dans le cadre du projet d'implantation, un journal mensuel a été élaboré dans le but de transmettre des informations relatives à l'approche SOCEN, au projet et à son déroulement aux intervenants, parents d'accueil et jeunes concernés par le projet. Une section était destinée aux jeunes, elle avait pour but principal de les intéresser et de les initier à l'approche SOCEN. La majorité des jeunes interrogés rapportent ne pas avoir consulté attentivement le journal.

### 3.2.2. DÉROULEMENT D'UNE OU DES RENCONTRES POUR REMPLIR LE CÉS

Remplir le CÉS demande plusieurs heures. Au cours de la formation, les intervenants apprennent à utiliser le CÉS. Les règles d'utilisation demeurent toutefois très souples et il n'y a pas de procédure unique. Il est fortement recommandé de remplir le CÉS en présence de toutes les parties (intervenants, jeunes, parents d'accueil et parfois même les parents d'origine). Lorsque les jeunes interviewés décrivent la procédure utilisée au moment de remplir le CÉS, certains disent l'avoir fait avec leur intervenant et leurs deux parents d'accueil. D'autres rapportent l'avoir rempli avec seulement un de leurs deux parents d'accueil, surtout la mère. Enfin, certains affirment avoir rempli le CÉS en présence uniquement de leur intervenant.

La majorité des jeunes mentionnent qu'ils sont satisfaits des personnes qui y ont participé. Un seul jeune précise qu'il aurait aimé que sa mère biologique soit présente. Certains jeunes mentionnent qu'ils ont demandé d'être seuls avec leur intervenant pour remplir le CÉS. Ils se sentent mal à l'aise de partager certains aspects plus privés de leur vie avec leurs parents d'accueil. À ce sujet, **Maxime (12 ans)** rapporte ceci : « *J'aimais mieux être seul avec mon intervenante, parce que des fois je ne voulais pas que tout le monde entende les questions. J'aimais mieux que seulement elle entende les réponses.* » Parmi les questions qui semblent délicates pour les jeunes, on retrouve majoritairement celles qui touchent la consommation d'alcool ou de drogues ainsi que les rapports sexuels. À ce sujet, une jeune rapporte : « *C'était facile de répondre aux questions. Quelques-unes d'entre elles étaient un peu plus corsées, je me sentais vraiment inconfortable de répondre à certaines d'entre elles. Celles au sujet de la drogue et des trucs comme ça* » (**Annie, 14 ans**).

Interrogés sur les sujets abordés dans le CÉS, les jeunes rapportent se souvenir principalement des questions qui ont porté sur l'école et leur famille d'accueil, mais également sur leur bien-être général, leur famille d'origine, la consommation de drogue ou d'alcool, leur santé, les activités quotidiennes et leurs amis. Quelques-uns rapportent que le CÉS aborde l'estime de soi, l'identité, les origines, le suicide, les relations interpersonnelles et les réalisations futures. Il est intéressant de constater que les jeunes sont en mesure de nommer la majorité des dimensions couvertes dans le CÉS.

### 3.2.3. APPRÉCIATION DU CÉS ET DE SON UTILISATION

Pendant le déroulement des entrevues, les jeunes interrogés ont fait part de leur appréciation du CÉS et de son utilisation. Sans surprise, les propos sont variés : certains jeunes rapportent ne pas avoir apprécié cette expérience et d'autres disent avoir aimé remplir le CÉS.

Le premier groupe de jeunes considère le CÉS comme étant trop long, difficile à comprendre et répétitif. Pour eux, tout le processus entourant l'administration du CÉS prend trop de temps et n'apporte rien de nouveau. Ils soulignent qu'on leur a déjà posé ces questions dans d'autres contextes.

Le second groupe de jeunes a apprécié cette expérience. Parmi les jeunes interrogés, certains disent apprécier se faire poser des questions par l'intermédiaire du CÉS, puisque ce moment représente une occasion d'être au centre de l'attention. D'autres se disent fiers de répondre aux questions qui montrent leurs points forts et soulignent leurs réussites. Une jeune mentionne qu'elle a apprécié les questions portant sur l'école : « *J'ai beaucoup aimé les questions sur l'école, parce que j'ai pas mal des bonnes notes. J'ai pu leur dire que ma professeure m'avait amenée au restaurant parce que j'étais correcte* » (**Caroline, 10 ans**). Un autre jeune explique qu'il a beaucoup aimé certaines questions sur le sport, ce qui lui donnait la chance de montrer ses trophées et ses médailles à son intervenant social.

D'autre part, le CÉS apparaît utile pour certains jeunes concernant la circulation des informations. Ils soulignent l'importance de l'outil au moment où ils doivent changer de famille d'accueil. De cette façon, la nouvelle famille d'accueil n'a pas à leur poser des questions sur leur situation de vie, puisque les réponses se retrouvent dans le CÉS. De plus, la famille d'accueil du jeune peut également avoir un aperçu de ses progrès et de son développement en général.

### 3.2.4. RETOMBÉES DU CÉS ET DE SON UTILISATION

Sur le plan des retombées du CÉS et de son utilisation, les jeunes ont été interrogés, entre autres, à propos des éléments suivants : la connaissance de soi, la connaissance de leurs besoins par leurs parents d'accueil et leur intervenant ainsi que les relations interpersonnelles.

Certains jeunes interrogés sont d'avis que le fait de remplir le CÉS ne leur permet pas d'en connaître davantage par rapport à eux-mêmes, puisqu'ils se connaissaient déjà très bien. D'autres jeunes soutiennent cependant le contraire, en l'occurrence que le CÉS leur a permis de mieux se connaître, puisqu'il permet de prendre le temps de réfléchir, de se poser des questions et de faire des prises de conscience. Ils apprennent entre autres à mieux connaître leurs identité, origine, avenir, personnalité, goûts, défauts, forces, valeurs, etc. Le tableau 3.1 synthétise les propos des jeunes.

**Tableau 3.1 – Ce que les jeunes ont appris sur eux-mêmes grâce au CÉS**

<b>J'ai appris que...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>j'ai des bons côtés.</li> <li>je suis importante.</li> <li>j'aime ma famille d'accueil.</li> <li>mon estime de soi est basse.</li> <li>j'ai mauvais caractère.</li> <li>je n'aime pas les autres jeunes de la famille d'accueil.</li> <li>je ne sais pas où je m'en vais par rapport à mon éducation.</li> <li>je ne suis pas très actif.</li> <li>je dois être plus respectueuse envers les gens.</li> <li>je dois m'améliorer sur certains points.</li> </ul>
---------------------------	--

Comme le souligne le dernier extrait du tableau, le CÉS a non seulement permis aux jeunes de mieux se connaître, mais aussi de découvrir quelles dimensions de leur développement nécessitent une amélioration. Plusieurs jeunes mentionnent que le CÉS aide à travailler leur caractère ou à rebâtir leur estime de soi. Les plus âgés ajoutent que le CÉS contribue à la préparation à la vie autonome, comme le soulignent les propos suivants : « *Je le sais que c'était pour me mener à être autonome. Le CÉS est venu m'appuyer dans ma démarche. Un de mes objectifs, c'est d'aller au cégep et en appartement* » (Clara, 15 ans).

Les jeunes ont également été questionnés à savoir si le CÉS aidait leur intervenant et leurs parents d'accueil à mieux les connaître. Dans l'optique de l'approche SOCEN, une meilleure connaissance de l'enfant

contribue à améliorer la qualité des soins qu'on lui donne et, ultimement, favorise son bien-être et son développement. Certains jeunes croient que leurs parents d'accueil et leur intervenant les connaissaient déjà bien. La majorité de ces jeunes précisent qu'ils ont la même famille d'accueil et le même intervenant depuis très longtemps. Toutefois, d'autres jeunes sont d'avis que le CÉS a permis à leur intervenant et à leurs parents d'accueil d'en apprendre davantage sur eux. La plupart d'entre eux ne sont toutefois pas en mesure de préciser ce que ceux-ci ont appris. Seulement certains jeunes précisent qu'ils ont appris davantage de choses concernant : leurs goûts, qualités, caractéristiques physiques, passé, sentiments et perceptions. Voici deux exemples qui illustrent bien de quelle façon leurs parents d'accueil ont appris à mieux les connaître à travers le CÉS :

*Je crois que ma mère d'accueil a appris des choses sur moi, car on communique pas vraiment beaucoup. Ça fait trois ans que je suis ici pis c'est chacun de notre bord. C'est notre nature de rester chacun pour soi. Mais je crois qu'à travers le CÉS ça l'a aidée à me découvrir plus (Anick, 15 ans).*

*Avant, elle [mère d'accueil] ne voulait pas savoir combien j'avais d'amis, avec quel genre d'amis je me tiens. Et le genre d'amis avec qui je me tiens, certains... plusieurs boivent, quelques-uns fument, et moi, je ne fais rien de cela. Cela lui a permis de le savoir et elle se sentait wow ! Elle ne savait pas avec quel genre d'amis je me tenais ! Et j'ai une volonté très forte, elle a trouvé que j'avais une volonté très forte (Luc, 13 ans).*

Plusieurs jeunes rapportent que le CÉS n'a rien changé dans leur relation avec leur intervenant ou leurs parents d'accueil et qu'ils ne considèrent pas que le CÉS a aidé l'un ou les autres à mieux prendre soin d'eux, car ils le faisaient déjà très bien. Toutefois, quelques jeunes mentionnent que depuis que le CÉS a cerné certaines difficultés chez eux, leurs parents d'accueil les soutiennent davantage à ce sujet. Voici comment les propos de **Cathy (15 ans)** en témoignent : « *Mes parents d'accueil s'occupaient très bien de moi avant. Mais avec les questions [du CÉS], ils ont appris où j'avais plus de la misère de parler avant d'agir et ils m'aident plus là-dedans.* » De la même façon, d'autres jeunes mentionnent que le CÉS a contribué à l'amélioration du soutien offert par leurs parents d'accueil.

À partir des propos recueillis auprès des jeunes, il est constaté que le CÉS a aussi un effet sur la communication. En effet, plusieurs jeunes rapportent que les questions du CÉS ont suscité des échanges avec les parents d'accueil et l'intervenant. Certains mentionnent qu'ils discutent et se confient davantage à eux. Voici un exemple de discussion suscitée par le CÉS :

*Faire les questions m'a permis de dire à mes parents d'accueil que j'avais déjà pris de la drogue. Ils [parents d'accueil] m'ont parlé de ce que ça faisait des fois [la drogue], comment des fois ça pouvait rendre le monde. Je me suis rendu compte que j'avais ben fait d'arrêter d'en prendre (Diane, 13 ans).*

Comme mentionné précédemment, certains jeunes rapportent se sentir mal à l'aise avec des sujets ou des questions en particulier. Toutefois, on constate que certains considèrent que le CÉS permet de parler de sujets qu'ils n'osent pas aborder. Dans l'exemple qui suit, **Marie (14 ans)** raconte que le CÉS lui a permis d'exprimer le malaise qu'elle vivait dans la famille d'accueil, ce qu'elle n'avait jamais abordé auparavant : « *Après avoir rempli le cahier, y s'est passé plein d'affaires. Mon intervenante s'est aperçue qu'on n'était pas bien là. Je sais pas si elle nous a changés de famille d'accueil à cause de ça, mais elle nous a changés.* »

Par ailleurs, des jeunes ont révélé que certaines questions du CÉS les ont aidés à réfléchir à certains comportements puis à les modifier. Cela a permis de changer ou d'améliorer certains aspects de leurs relations, entre autres avec leurs parents d'accueil ou les autres membres de la famille. « *Avant, je faisais des crises sur eux puis je les traitais de noms. Quand j'ai fait les questions, j'ai réfléchi et j'ai pleuré un petit peu. J'ai dit, il va falloir que je change, maintenant je fais plus de crises sur eux* » **Caroline (10 ans)**.

### 3.2.5. PLANIFICATION DE L'INTERVENTION À L'AIDE DU CÉS<sup>4</sup>

Comme déjà mentionné, l'approche SOCEN souhaite promouvoir la qualité de la planification de l'intervention en établissant de meilleurs objectifs d'intervention à partir des besoins définis. L'approche SOCEN prône également l'implication des intervenants, des parents d'accueil et des jeunes placés, en âge de comprendre, dans l'élaboration du plan d'intervention. Toutefois, les propos des jeunes révèlent qu'ils en connaissent peu sur l'utilisation du CÉS dans l'élaboration de leur plan d'intervention. D'ailleurs, peu de jeunes disent savoir ce qu'est un plan d'intervention, voire s'ils en possèdent un. Les données recueillies soulèvent de nombreuses interrogations concernant l'implication des jeunes dans cet aspect de l'intervention. Si l'on veut actualiser l'un des principes fondamentaux de l'approche SOCEN, qui est de favoriser l'implication des jeunes, il est important de mieux comprendre ce qui se passe au moment de traduire le contenu du CÉS et les observations réalisées en un but clair qui oriente le plan d'intervention.

4. Cette section a été réalisée à l'aide des réponses des jeunes au temps 2. Aucune question n'a été posée concernant le plan d'intervention au temps 1.

### **3.3. ANALYSE**

L'approche SOCEN et son processus existent à cause et pour les enfants. C'est à partir de cette réflexion que la présente recherche a été réalisée. Que comprennent les jeunes des fondements de SOCEN et du rôle du CÉS ? Perçoivent-ils que le fait de remplir le CÉS a des retombées sur eux, sur leurs relations avec les autres et sur leur plan d'intervention ? À partir du discours des jeunes, différents aspects sur lesquels le point de vue des jeunes confirme ou met en question les retombées anticipées du recours à l'approche SOCEN et au CÉS sont révélés.

#### **3.3.1. LE MESSAGE CONCERNANT L'APPROCHE SOCEN EST-IL ENTENDU PAR LES JEUNES ?**

L'approche SOCEN propose une nouvelle vision du suivi des enfants placés. Concrètement, le CÉS doit permettre d'actualiser les fondements de l'approche, soit : une meilleure compréhension des besoins des enfants ; une planification plus adéquate de l'intervention ; une plus grande collaboration entre les acteurs (incluant les jeunes) ; ainsi que le soutien d'un développement dit « optimal », en mettant l'accent sur leurs forces et leurs compétences et en les amenant à vivre des expériences positives et valorisantes. Selon les promoteurs de l'approche, le recours au CÉS doit s'insérer dans une modification plus large des pratiques auprès des enfants placés. Est-ce que la compréhension qu'ont les jeunes concernés par le projet va au-delà de l'outil ? De façon générale, la réponse est non. En effet, certains jeunes ne savent pas comment expliquer l'approche ni pourquoi on leur pose les questions contenues dans le CÉS. Les autres expliquent le projet en faisant essentiellement référence à l'outil. Cela apparaît comme étant compréhensible, car le CÉS est l'un des seuls contacts qu'ils ont avec l'approche SOCEN.

Les jeunes sont les principaux acteurs touchés par SOCEN. Dans le but de respecter les principes mêmes de l'approche, il est important de mieux les informer et de les intégrer davantage. Les résultats de cette étude soulignent l'importance de mettre en place des moyens adaptés à la réalité des jeunes afin de les rejoindre et de leur présenter l'approche. Il est primordial de mieux soutenir les parents d'accueil et les intervenants qui doivent expliquer l'approche aux jeunes. Ces derniers ont un rôle important à jouer sur ce plan, ils sont les plus susceptibles d'exercer une influence sur la perception du jeune de l'approche SOCEN et du CÉS.



Selon Francis (2002), tous les acteurs clés concernés par l'approche SOCEN doivent être formés, même les enfants. Il est intéressant de souligner que, comme les jeunes, certains parents d'accueil interrogés ne connaissent pas ou peu la philosophie SOCEN. Les jeunes et les parents d'accueil ont en commun de n'avoir participé à aucune activité d'information ou de formation. Jones et ses collègues (1998) mentionnent qu'en Angleterre, les jeunes sont intégrés dans les formations qui s'adressent aux intervenants et aux parents d'accueil, ce qui a favorisé leur implication.

### **3.3.2. LE CÉS PERMET-IL DE MIEUX CONNAÎTRE LES JEUNES ?**

Selon les jeunes interviewés, le recours aux questions du CÉS leur a permis de mieux se connaître, de cibler les dimensions de leur développement qui nécessitent une amélioration, mais également d'augmenter la connaissance qu'ont d'eux leur intervenant et leurs parents d'accueil. À l'instar de ce qui a été observé dans d'autres projets d'implantation de l'approche SOCEN (Kufeldt *et al.*, 2000 ; Jones *et al.*, 1998), les jeunes semblent avoir apprécié le fait qu'on leur porte une attention aussi grande et que le CÉS leur donne l'occasion d'échanger avec leur intervenant et d'apprendre des choses sur certains aspects de leur vie (passée ou présente).

Toutefois, certains jeunes rapportent que le CÉS ne permet pas d'en connaître davantage sur eux. Ils ont l'impression que les renseignements recueillis n'apportent pas d'information nouvelle sur eux ou leur situation à leur intervenant ou à leurs parents d'accueil. Ces propos rejoignent ceux de Knight et Caveney (1998), qui mentionnent que la structure du CÉS, qui ressemble davantage à un questionnaire, ne permet pas de reconnaître les habiletés propres aux enfants à exprimer leurs besoins personnels. Aussi, selon Garrett (1999), il s'agit d'un outil beaucoup trop directif, qui ne permet pas aux jeunes de se prononcer sur les questions pertinentes pour eux-mêmes.

### **3.3.3. EN SAVOIR DAVANTAGE SUR LES JEUNES : LES QUESTIONS DU CÉS SONT-ELLES TROP INTRUSIVES ?**

Selon la documentation qui accompagne le CÉS, les nombreuses questions contenues dans l'outil permettent d'aborder des sujets délicats avec le jeune et de discuter de certains aspects de sa vie qui seraient demeurés inconnus. Effectivement, certains jeunes soulignent que le CÉS permet de discuter des sujets plus difficiles à aborder ou plus tabous. Il permet aussi d'explorer des sujets qu'on tient parfois pour acquis ou qu'on oublie de considérer. Les jeunes rapportent que les sujets qui sont

les plus difficiles à aborder sont la sexualité, le milieu d'origine, les conflits avec la famille d'accueil et la consommation de drogue ou d'alcool. Cette reconnaissance de l'aspect intrusif de certaines questions est également mentionnée par les jeunes concernés par le projet d'implantation SOCEN en Écosse (Francis, 2002).

À travers le discours des jeunes interrogés, on constate que quelques-uns d'entre eux exigent de répondre à certaines des questions portant sur ces sujets jugés plus délicats qu'en présence de leur intervenant. Cela témoigne du malaise de certains jeunes, mais surtout de l'importance d'ajuster les façons de remplir le CÉS afin de respecter les jeunes. Par ailleurs, il est nécessaire de respecter la réaction des jeunes aux questions plus intrusives. Tant à la préadolescence qu'à l'adolescence, ces types de sujets demeurent difficiles à aborder avec les jeunes de la population générale. Ainsi, il n'est pas surprenant que des jeunes placés en famille d'accueil aient des réticences à discuter de tels sujets en compagnie de leurs parents d'accueil et de leur intervenant. Dans le même ordre d'idées, quelques parents d'accueil et intervenants, interrogés dans cette étude (Poirier *et al.*, 2010), se demandent même si les jeunes répondent franchement sur ces sujets plus délicats. En effet, certains intervenants racontent que le jeune répond parfois en fonction de ce que la famille d'accueil veut entendre. Il arrive que l'enfant regarde la famille d'accueil pour avoir son approbation avant de répondre et cela peut donc avoir comme effet de biaiser les réponses. Lorsque les intervenants sont témoins de ce genre de malaise, ils mentionnent qu'ils en rediscutent avec l'enfant seul à seul. De la même façon, certains parents d'accueil et intervenants rapportent que l'on doit porter une attention particulière aux jeunes qui ne sont pas capables ou qui ne désirent pas répondre à certaines questions. Selon eux, on ne doit en aucun cas forcer la confiance des jeunes, il faut avant tout leur laisser savoir qu'ils peuvent en tout temps revenir sur ces sujets ou encore s'assurer qu'ils connaissent des ressources à qui s'adresser s'ils vivent des difficultés relatives à ces questions. Ces exemples témoignent de l'importance d'adapter les façons de remplir le CÉS afin d'en respecter la dimension clinique. Cela amène aussi, à l'instar de Francis (2002), à proposer que davantage de formation soit offerte dans le cadre du projet SOCEN concernant la communication avec les jeunes.

Dans son étude, Wise (2003) mentionne que certains jeunes rapportent « être méfiants lors du processus et ne pas être particulièrement francs lors des questions plus sensibles » (p. 15 ; traduction libre). Selon cette même étude, il est possible que certains jeunes aient été influencés par le fait que l'approche ait été soit mise en œuvre comme un moyen de dialogue et pour construire la relation, soit traitée comme un exercice

administratif (Wise, 2003). Il a été impossible de vérifier cette dimension dans cette étude, mais comme il sera possible de le constater au point suivant, les jeunes ne considèrent pas toujours que l'outil a permis d'établir un dialogue avec les adultes qui les entourent.

### **3.3.4. LES QUESTIONS DU CÉS PERMETTENT-ELLES D'ÉTABLIR UN DIALOGUE ENTRE LES JEUNES, LES PARENTS D'ACCUEIL ET LES INTERVENANTS SOCIAUX ?**

Certains jeunes interrogés dans cette étude croient que le CÉS contribue à améliorer les relations avec leurs parents d'accueil et leurs intervenants. Ils rapportent, entre autres, que le fait de discuter de certains sujets plus difficiles (p. ex., la drogue, la sexualité) permet de les rapprocher de leurs parents d'accueil. Ils mentionnent également que cela leur permet de parler de leurs difficultés et de solliciter davantage leur aide. Toutefois, d'autres jeunes du projet ne voient pas en quoi le recours au CÉS améliore la qualité de leurs relations avec les autres. Certains de ces jeunes précisent qu'ils ont une bonne relation avec leurs parents d'accueil et leur intervenant et que le fait de remplir l'outil n'a rien apporté de plus. Selon Garrett (1999), le CÉS ne serait pas un « instrument efficace pour développer la communication avec les enfants et les jeunes » (p. 36 ; traduction libre). Or, dans l'étude de Wise (2003), les jeunes qui ont participé aux groupes de discussion ont indiqué que le fait de remplir le CÉS influence, pour le mieux, leurs relations avec les parents d'accueil.

### **3.3.5. LE FAIT DE REMPLIR LE CÉS PERMET-IL D'INTÉGRER DAVANTAGE LES JEUNES ?**

Selon les documents d'appropriation du CÉS, le fait que le jeune participe activement à l'évaluation de ses besoins et que certaines questions s'adressent directement à lui (s'il est âgé de 10 ans et plus) favoriserait un plus grand sentiment d'« emprise » sur sa situation. Selon Jones et ses collègues (1998), « les jeunes personnes ont mentionné en Angleterre [...] que le fait de partager la responsabilité pour remplir le CÉS avec les parents d'accueil leur donne un plus grand sentiment d'*empowerment* et de participation » (p. 221 ; traduction libre). Les parents d'accueil interrogés dans la présente recherche mentionnent, à plusieurs reprises, que le fait de remplir le CÉS augmente leur participation dans les décisions qui concernent l'enfant. Ils ont l'impression que leurs points de vue sont entendus et que leur connaissance de l'enfant est prise en compte, entre autres lors de la planification de l'intervention. Qu'en est-il chez les jeunes ?

Peut-on voir si leur point de vue est pris en compte à partir de leur discours sur le CÉS et ses retombées déjà relevées ? Se sentent-ils davantage engagés dans les décisions qui les concernent ? Certains jeunes confirment que l'outil permet de donner leur point de vue sur certains aspects de leur vie tels que l'école, la vie dans la famille d'accueil et leurs projets d'avenir. Toutefois, peu d'entre eux mentionnent clairement qu'ils sentent prendre davantage part aux décisions qui les concernent.

La planification de l'intervention est un exemple éloquent de cela. Selon les promoteurs du CÉS, cet outil permettrait à l'intervenant, conjointement avec l'enfant placé et les personnes qui s'en occupent, de traduire les besoins définis en résultats concrets à atteindre. L'utilisation adéquate du CÉS bonifierait, sur le plan du contenu et des processus, la réalisation du plan d'intervention. Généralement, au terme de cet exercice, les jeunes se sentiraient davantage engagés dans la planification de l'intervention les concernant. Qu'en est-il dans les faits ?

Dans le cadre du projet SOCEN, la majorité des intervenants et des parents d'accueil déclarent qu'un plan d'intervention a été élaboré pour tous les jeunes qui ont rempli le CÉS. En ce qui a trait aux jeunes interrogés, il est constaté que très peu d'entre eux connaissent l'existence du plan d'intervention. Cette situation laisse supposer qu'ils ne participent pas à sa préparation, alors que ce document les concerne directement. Ce résultat confirme ce qui a été constaté par Francis (2002) lors de l'implantation de SOCEN en Écosse, soit qu'« une forte proportion de jeunes ont mentionné qu'ils n'avaient pas de plan de soins ou ignoraient son existence » (p. 456 ; traduction libre). Cela rejoint également les propos de certains jeunes rencontrés dans l'étude de Wise (2003), qui rapportent ne pas savoir comment les informations recueillies influencent la planification de leur placement.

### **3.3.6. SOCEN PERMET-IL RÉELLEMENT DE METTRE L'ACCENT SUR LES FORCES, LE POTENTIEL ET LES COMPÉTENCES DU JEUNE ?**

L'un des derniers aspects discutés est l'objectif du CÉS de mettre l'accent sur les forces et les compétences des jeunes et de les amener à vivre des expériences positives et valorisantes. Il est encore trop tôt dans le processus pour évaluer si les jeunes visés par l'approche SOCEN vivent davantage d'expériences positives et valorisantes. Toutefois, à partir du discours des jeunes sur le CÉS, il est possible de préciser que quelques-uns déclarent avoir du plaisir à répondre aux questions qui montrent leurs points forts et soulignent leurs réussites. Le discours des parents d'accueil

et des intervenants révèle également que le CÉS permet de révéler les aspects positifs, les compétences et les forces des jeunes. Cela fait en sorte que l'intervention ne cible pas seulement les faiblesses et les problèmes des jeunes. Les intervenants et les parents d'accueil disent que SOCEN permet d'avoir des attentes élevées et de croire au potentiel de l'enfant (Poirier *et al.*, 2010).

## CONCLUSION

Les propos recueillis auprès de jeunes visés par le projet SOCEN au Québec révèlent que le recours au CÉS permet aux jeunes et aux adultes qui les entourent de mieux les connaître. Bien que quelques questions incluses dans l'outil soient considérées comme intrusives par certains jeunes, ces derniers semblent apprécier dans l'ensemble le fait que l'on s'intéresse à différents aspects de leur vie. Les jeunes soulignent, entre autres, apprécier le fait de pouvoir attirer l'attention sur leurs compétences et leurs forces. Toutefois, le discours des jeunes rappelle que davantage d'efforts doivent être consentis si l'on veut réaliser l'un des objectifs majeurs de l'approche SOCEN, soit celui de les faire participer davantage dans l'ensemble des décisions qui les concerne. Dans la poursuite du projet d'implantation de l'approche SOCEN au Québec, des moyens concrets en ce sens doivent être mis en place. On pense, entre autres, à faire participer les jeunes aux formations offertes aux intervenants et aux parents d'accueil, à modifier certaines des questions contenues dans le CÉS afin de partir davantage du point de vue et des préoccupations des jeunes et, finalement, à mieux préparer les adultes (parents d'accueil et intervenants) à favoriser un réel dialogue avec les jeunes à travers les questions proposées.

## BIBLIOGRAPHIE

- FRANCIS, J. (2002). « Implementing the "Looking After Children" in Scotland materials : Panacea or stepping stone », *Social Work Education*, vol. 21, n° 4, p. 449-461.
- GARRETT, P.M. (1999). « Mapping child-care social work in the final years of the twentieth century : A critical response to the Looking After Children system », *British Journal of Social Work*, vol. 29, n° 1, p. 27-47.
- JONES, J., CLARK, R., KUFELDT, K. et M. NORMAN (1998). « Looking After Children : Assessing outcomes in child care. The experience of implementation », *Children and Society*, vol. 12, n° 3, p. 212-22.
- KNIGHT, T. et S. CAVENEY (1998). « Assessment and Action Records : Will they promote good parenting ? », *The British Journal of Social Work*, vol. 28, n° 1, p. 29-43.
- KUFELDT, K., SIMARD, M., VACHON, J., BAKER, J. et A. TRACI-LYEE (2000). *Looking After Children in Canada : Final Report*, Fredericton, Université du Nouveau-Brunswick, Muriel McQueen Fergusson Centre for Family Violence Research.
- POIRIER, M.-A., SIMARD, M.-C., DECALUWE, B., BEAUMIER, I. ET AL. (2010). *Rapport final du projet S'occuper des enfants (SOCEN) au Québec*, Ottawa, Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada (SNPC).
- WISE, S. (2003). « An evaluation of a trial of Looking After Children in the State of Victoria, Australia », *Children and Society*, vol. 17, n° 1, p. 3-17.

# LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES PLACÉS EN DEHORS DE LEUR FAMILLE EN ONTARIO COMPARÉE À CELLE DES ENFANTS ET DES JEUNES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE BRITANNIQUE

---

**Robyn A. MARQUIS, Ph. D.**

Psychologue en bureau privé

**Robert J. FLYNN, Ph. D.**

École de psychologie, Université d'Ottawa, Ontario

La littérature scientifique canadienne et internationale démontre que l'expérience de la maltraitance pendant l'enfance, qu'il s'agisse de l'abus ou de la négligence, a souvent des effets négatifs sur le développement ultérieur, compromettant le bien-être physique, cognitif, et émotionnel de l'enfant. Cette même littérature indique également que la maltraitance chez les enfants est souvent associée plus tard à des taux élevés de problèmes sur le plan de la santé mentale (Burns *et al.*, 2004 ; Garland *et al.*, 1996 ; Gilbert *et al.*, 2009).

Dans leur recension des écrits, Burge (2007) et Czincz et Romano (2009) ont remarqué que la prévalence des difficultés cliniques chez les jeunes ayant subi la violence durant l'enfance est entre 40 % et 80 %. Il s'agit d'une différence évidente par rapport aux taux de 14 % à 18 % dans la population générale (Stein *et al.*, 1994 ; Waddell *et al.*, 2002). Les symptômes les plus fréquents remarqués chez les jeunes qui ont été maltraités incluent une régulation émotionnelle faible, des compétences

interpersonnelles inadéquates, un bas niveau d'amour-propre, ainsi qu'un niveau élevé de dépression, d'anxiété, d'hyperactivité et d'agression (Kufeldt *et al.*, 2000 ; Trocmé *et al.*, 2001 ; Wolfe, 1999). De plus, les difficultés de santé mentale des enfants maltraités sont amplifiées par une plus grande probabilité de faible réussite scolaire, des taux plus élevés de suspensions et de décrochages scolaires, des problèmes avec la loi, et un statut socioéconomique peu élevé à l'âge adulte (Kufeldt *et al.*, 2000 ; Teggart et Menary, 2005).

Les enfants et les adolescents qui entrent en contact avec le système de protection de l'enfance ont souvent fait l'expérience de une ou plusieurs formes de maltraitance. En tant que groupe, les jeunes placés en dehors de leur famille d'origine sont particulièrement vulnérables sur le plan des difficultés de santé mentale non seulement à cause de leur histoire de maltraitance, mais aussi en raison d'autres facteurs, tels que l'admission dans une famille d'accueil (Burge, 2007 ; Cooper, Banghart et Aratani, 2010 ; Pears et Fisher, 2005). Il y a donc un besoin urgent de promouvoir le dépistage précoce, l'orientation des jeunes vers les services les plus appropriés, ainsi que l'intervention pour améliorer leur fonctionnement psychologique, social et scolaire (Goodman *et al.*, 2004 ; Kufeldt *et al.*, 2000).

Depuis longtemps, les chercheurs ont démontré la nécessité de définir les besoins de santé mentale des enfants et des jeunes placés et de les satisfaire. Malgré des tentatives dans plusieurs pays d'élargir l'offre de services, il semble qu'on n'utilise pas encore de façon systématique des outils ou des protocoles d'évaluation pour orienter les jeunes vers les services les mieux adaptés à leurs besoins (Burge, 2007 ; Pasztor *et al.*, 2006). Les raisons évoquées incluent un manque de formation appropriée en évaluation, des intervenants surchargés, des critères d'orientation trop étroits pour pouvoir diriger les jeunes vers les services de santé mentale, peu de coordination entre les systèmes de protection de l'enfance et de la santé mentale, et l'absence d'outils appropriés pour permettre le dépistage précoce de telles difficultés (Callaghan *et al.*, 2004 ; Cooper *et al.*, 2010 ; Czincz et Romano, 2009 ; Kufeldt *et al.*, 2000). Il est donc important de continuer à explorer l'utilisation de mesures d'évaluation brèves, fiables et valides afin d'essayer d'éliminer certaines des barrières à l'identification des jeunes personnes placées qui ont ou sont à risque de développer des besoins significatifs dans le domaine de la santé mentale.



Dans la province de l'Ontario, au Canada, le ministère des Services aux enfants et aux jeunes a récemment donné son aval à l'utilisation de quelques instruments structurés de dépistage pour faciliter la définition des besoins dans le domaine de la santé mentale des jeunes desservis par le système de protection de l'enfance (Czincz et Romano, 2009). L'un des instruments recommandés est le Questionnaire Points forts – Points faibles (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ] ; Goodman, 1997, 2001 ; Marquis et Flynn, 2008). Le SDQ est un questionnaire bref comprenant 25 items regroupés en 5 sous-échelles qui évaluent les symptômes de détresse émotionnelle, les problèmes de conduite, l'hyperactivité et l'inattention, les problèmes avec les pairs, et le comportement prosocial pendant les six derniers mois auprès des enfants et des jeunes âgés de 3 à 16 ans dans la population générale (Goodman, 1997, 2001 ; Goodman *et al.*, 2004). Puisque le SDQ a été traduit en plus de 60 langues (Achenbach *et al.*, 2008), il s'applique à une grande diversité de population.

Bien que le SDQ n'ait pas été développé directement pour évaluer les besoins sur le plan de la santé mentale des jeunes placés en dehors de leur famille d'origine, Goodman *et al.* (2004) ont souligné qu'on peut l'utiliser pour améliorer le dépistage et le traitement de problèmes de comportement, de détresse émotionnelle et de concentration chez les enfants placés. En fait, le SDQ a été utilisé comme instrument de dépistage dans le système de protection de l'enfance dans plusieurs pays (Callaghan *et al.*, 2004 ; Iversen *et al.*, 2007 ; Minnis *et al.*, 2006 ; Teggart et Menary, 2005). L'utilisation valide du SDQ exige que le parent ou l'adulte responsable du jeune qui remplit le questionnaire ait une excellente connaissance de ce dernier.

Le but de l'étude actuelle consiste à établir l'ampleur des difficultés sur le plan de la santé mentale d'un échantillon de jeunes en Ontario placés en dehors de leur famille d'origine et de comparer ces résultats aux normes issues de la population générale britannique (il n'y a pas de normes pour la population canadienne). En se basant sur la recherche en santé mentale déjà publiée au sujet des jeunes placés en dehors de leur famille d'origine, il est attendu que des taux de difficultés comportementales soient plus élevés dans l'échantillon de jeunes placés en Ontario que dans l'échantillon normatif britannique.

## 4.1. MÉTHODE

### 4.1.1. PARTICIPANTS

L'échantillon ontarien de jeunes placés est composé de 4 143 enfants et adolescents âgés de 5 à 15 ans (moyenne = 11,50, écart-type = 2,95). Puisque les recherches antérieures démontrent que les adolescents, par rapport aux enfants plus jeunes, présentent plus fréquemment un diagnostic de l'ordre de problème de santé mentale, l'échantillon a été réparti en deux groupes : les enfants âgés de 5 à 10 ans, et les jeunes de 11 à 15 ans. Cette répartition permet de comparer l'échantillon avec les normes britanniques qui existent pour les enfants et les jeunes des mêmes catégories d'âge dans la population générale (tableau 4.1).

Les 4 143 jeunes en familles d'accueil ont participé au projet Looking After Children (LAC) en Ontario en 2008-2009 (Flynn, Dudding et Barber, 2006). Initiée au Royaume-Uni, l'approche LAC a été adoptée (avec les adaptations nécessaires) dans plusieurs autres pays. Cette approche vise à améliorer l'état à court terme et à long terme des enfants placés grâce à une amélioration de la qualité du parentage substitut auquel ils sont exposés (Ward, 1995).

**Tableau 4.1 – Données démographiques de l'échantillon ontarien d'enfants et de jeunes placés, selon le sexe, l'âge et le type de placement**

Caractéristiques démographiques	5 à 10 ans ( <i>n</i> = 1 400)	11 à 15 ans ( <i>n</i> = 2 743)
<b>Le sexe</b>		
Masculin	56,3%	55,2%
Féminin	43,7%	44,8%
<b>L'âge</b>		
Moyenne	7,94 ans	13,32 ans
Écart-type	1,66 an	1,39 an
<b>Le type de placement</b>		
Famille d'accueil	93,6%	79,5%
Foyer de groupe	6,4%	20,5%

## 4.1.2. INSTRUMENTS

### 4.1.2.1. Assessment and Action Records, Second Canadian adaptation

La deuxième adaptation canadienne des Assessment and Action Records (AAR-C2 ; Flynn, Ghazal et Legault, 2006 ; Flynn, Vincent et Legault, 2009) est utilisée en Ontario depuis 2006 pour l'évaluation annuelle des besoins sur le plan des services et des résultats développementaux ainsi que pour la révision chaque année du plan de services des enfants et des jeunes placés. L'intervenant du jeune, qui a déjà reçu une formation basée sur l'approche LAC, remplit chaque année les AAR-C2 avec le jeune âgé de 10 ans ou plus lors d'un entretien qui comprend entre une et quatre sessions. Le SDQ fait partie intégrante de la section consacrée au développement émotionnel et comportemental des AAR-C2, qui comporte les sept sections développementales de l'approche LAC.

### 4.1.2.2. Questionnaire Points forts – Points faibles (SDQ)

Comme déjà mentionné, le SDQ est composé de 25 items, regroupés en 5 sous-échelles. En remplissant le questionnaire, l'adulte responsable de l'enfant placé l'évalue sur chaque item en utilisant une échelle comportant trois options : 0 = « Pas vrai », 1 = « Vrai en partie » et 2 = « Certainement vrai ». Pour chaque sous-échelle, le score total peut donc varier entre un minimum de 0 et un maximum de 10. Le score sur l'échelle des « Difficultés totales », calculé en additionnant les scores sur les quatre sous-échelles qui évaluent les problèmes (c'est-à-dire toutes sauf celle qui évalue le comportement prosocial), peut varier entre un minimum de 0 et un maximum de 40. L'interprétation du SDQ s'obtient en comparant les scores de l'enfant sur les cinq sous-échelles ainsi que sur l'échelle des « Difficultés totales » à la distribution des scores d'un échantillon normatif pour déterminer où se situe l'enfant par rapport aux trois catégories suivantes : 1) la **zone dite normale**, qui recouvre les difficultés de comportement de niveau normal (c'est-à-dire relativement bas), entre le 1<sup>er</sup> et le 79<sup>e</sup> centile d'un échantillon normatif ; 2) la **zone des difficultés prononcées**, entre le 80<sup>e</sup> et le 89<sup>e</sup> centile ; et 3) la **zone des difficultés sévères**, entre le 90<sup>e</sup> et le 99<sup>e</sup> centile. Dans l'étude actuelle, les scores pour chaque échelle ou sous-échelle qui reproduisent le mieux les trois zones en question sont choisis.

Achenbach *et al.* (2008) ont noté que le SDQ a un niveau satisfaisant de fiabilité et de validité et qu'il peut distinguer entre les échantillons normatifs et cliniques. Goodman *et al.* (2004) ont également trouvé que la probabilité était 15 fois plus élevée qu'un jeune reçoive un diagnostic d'ordre psychiatrique quand son score sur l'échelle les « Difficultés totales », remplie par un de ses parents, se situait entre les 90<sup>e</sup> et 99<sup>e</sup> centiles.

## **4.2. RÉSULTATS**

### **4.2.1. COMPARAISONS BASÉES SUR LES ENFANTS ÂGÉS DE 5 À 10 ANS**

Le tableau 4.2 compare la distribution des scores sur les échelles du « Comportement prosocial » et des « Difficultés totales » pour a) les enfants de 5 à 10 ans placés en Ontario et évalués par des adultes qui s'occupaient d'eux, et b) les enfants de 5 à 10 ans dans l'échantillon tiré de la population britannique générale et évalués par leurs parents. Comme prévu, des proportions plus élevées des échantillons masculins et féminins ontariens, formés d'enfants et de jeunes placés, obtiennent des scores indiquant des difficultés sévères ou prononcées, par rapport aux échantillons du même sexe de la population britannique générale. Par exemple, sur l'échelle du « Comportement prosocial », il y a presque quatre fois plus d'enfants ontariens placés des deux sexes qui manifestent un niveau sévère de difficultés par rapport aux échantillons britanniques. Sur l'échelle des « Difficultés totales », la proportion des garçons ontariens placés avec des scores dans la zone des difficultés sévères est presque quatre fois et demie plus élevée que chez les garçons issus de la population générale britannique, et la proportion des filles ontariennes placées avec des scores indiquant des difficultés sévères est à peu près six fois plus élevée que chez les filles du même âge issues de la population générale britannique.

**Tableau 4.2 – Résultats obtenus aux échelles du « Comportement prosocial » et des « Difficultés totales » du SDQ**  
Échantillons masculins et féminins ontariens (enfants placés, âgés de 5 à 10 ans) et britanniques (enfants dans la population générale, âgés de 5 à 10 ans)

Échelle du SDQ	Normes masculines ♂	Enfants ♂ ontariens (n = 788)	Enfants ♂ britanniques (n = 2 901)	Normes féminines ♀	Enfants ♀ ontariens (n = 612)	Enfants ♀ britanniques (n = 2 954)
<b>« Comportement prosocial »</b>						
Difficultés sévères	0 à 5	28,2%	6,6%	0 à 6	24,2%	6,7%
Difficultés prononcées	6	11,2%	7,1%	7	11,0%	7,5%
Zone normale	7 à 10	60,6%	86,3%	8 à 10	64,8%	85,8%
<b>« Difficultés totales »</b>						
Difficultés sévères	18 à 40	47,2%	10,4%	16 à 40	53,3%	9,3%
Difficultés prononcées	14 à 17	17,8%	7,9%	13 à 15	15,7%	8,7%
Zone normale	0 à 13	35,0%	81,7%	0 à 12	31,0%	85,5%

#### 4.2.2. COMPARAISONS BASÉES SUR LES JEUNES ÂGÉS DE 11 À 15 ANS

Le tableau 4.3 montre que des tendances semblables sont observées chez les jeunes âgés de 11 à 15 ans. Sur l'échelle du « Comportement prosocial », à peu près quatre fois plus de jeunes ontariens placés de sexe masculin et deux fois plus de jeunes de sexe féminin obtiennent des scores dans la zone des difficultés sévères, et sur l'échelle des « Difficultés totales », les proportions dans la zone des difficultés sévères sont cinq fois plus élevées chez les jeunes hommes et les jeunes femmes ontariens.

**Tableau 4.3 – Résultats obtenus aux échelles du « Comportement prosocial » et des « Difficultés totales » du SDQ**  
Échantillons masculins et féminins ontariens (jeunes placés, âgés de 11 à 15 ans) et britanniques (jeunes dans la population générale, âgés de 11 à 15 ans)

Échelle du SDQ	Normes masculines ♂	Jeunes ♂ ontariens (n = 1 513)	Jeunes ♂ britanniques (n = 2 252)	Normes féminines ♀	Jeunes ♀ ontariennes (n = 1 230)	Jeunes ♀ britanniques (n = 2 191)
<b>« Comportement prosocial »</b>						
Difficultés sévères	0 à 5	26,0%	7,1%	0 à 6	17,8%	7,7%
Difficultés prononcées	6	12,8%	7,4%	7	12,4%	8,4%
Zone normale	7 à 10	61,2%	85,5%	8 à 10	69,8%	83,9%
<b>« Difficultés totales »</b>						
Difficultés sévères	18 à 40	49,0%	9,2%	16 à 40	50,2%	9,5%
Difficultés prononcées	14 à 17	18,4%	11,4%	13 à 15	18,8%	11,0%
Zone normale	0 à 13	79,4%	79,4%	0 à 12	31,0%	79,5%

## CONCLUSION

Les résultats de l'étude actuelle s'accordent bien avec la recherche antérieure (Minnis *et al.*, 2006). Les enfants et jeunes placés manifestent un niveau plus bas de comportements prosociaux et un niveau plus élevé de problèmes d'ordre comportemental que les enfants et les jeunes du même sexe et du même âge dans la population générale britannique. La capacité du SDQ à distinguer entre des échantillons de jeunes placés et des échantillons normatifs permet de penser que l'instrument peut s'avérer utile dans le domaine de la protection de l'enfance au Canada, comme il s'est déjà montré utile au Royaume-Uni pour guider le dépistage, diriger les jeunes vers les services les plus appropriés, et permettre de meilleurs suivi et évaluation des résultats. Même s'il serait souhaitable de pouvoir consulter des normes basées sur la population générale canadienne (de telles normes sont inexistantes à l'heure actuelle), les résultats indiquent que les normes britanniques peuvent fournir une base de comparaison raisonnable.

La portée des résultats de l'étude actuelle est quelque peu limitée par le fait que les échantillons ontariens étaient relativement restreints en fait de nombres, surtout dans le cas des enfants âgés de 5 à 10 ans. Maintenant que le LAC ainsi que les AAR-C2 ont été mandatés dans toutes les Sociétés de l'aide à l'enfance en Ontario, l'accès à des échantillons plus nombreux est possible. Il est donc prévu de refaire ces comparaisons et de les étendre à d'autres pays, tels que les États-Unis ou l'Australie. Outre l'objectif souhaitable de meilleures qualité et pertinence du dépistage de difficultés sur le plan de la santé mentale, l'accent sera mis sur l'amélioration de la santé mentale des jeunes gens placés. Cette question reste entière et exige que les systèmes de la protection de l'enfance et de la santé mentale pour les enfants et adolescents collaborent dans la mise en œuvre d'interventions basées sur des données probantes (Chaffin et Friedrich, 2004), dont le nombre ne cesse de croître.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACHENBACH, T.M., BECKER, A., DÖPFNER, M., HEIERVANG, E., ROESSNER, V., STEINHAUSEN, H.-C. et A. ROTHENBERGER (2008). « Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments : Research findings, applications, and future directions », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 49, n° 3, p. 251-275.
- BURGE, P. (2007). « Prevalence of mental health disorders and associated service variables among Ontario children who are permanent wards », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 52, n° 5, p. 305-314.
- BURNS, B.J., PHILLIPS, S.D., WAGNER, R.H., BARTH, R.P., KOLKO, D.J., CAMPBELL, Y.M. et al. (2004). « Mental health needs and access to mental health services by youths involved with child welfare : A national survey », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, n° 8, p. 960-970.
- CALLAGHAN, J., YOUNG, B., PACE, F. et P. VOSTANIS (2004). « Evaluation of a new mental health service for Looked After Children », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 9, n° 1, p. 1359-1045.
- CHAFFIN, M. et B. FRIEDRICH (2004). « Evidence-based treatments in child abuse and neglect », *Children and Youth Services Review*, vol. 26, n° 11, p. 1097-1113.
- COOPER, J.L., BANGHART, P. et Y. ARATANI (2010). *Addressing the mental health needs of young children in the child welfare system : What every policymaker should know*, New York, Université Columbia, Mailman School of Public Health, National Center for Children in Poverty.
- CZINCZ, J. et E. ROMANO (2009). « Examining how the mental health needs of children who have experienced maltreatment are addressed within Ontario Children's Aid Societies », *Canadian Journal of Family and Youth*, vol. 2, n° 1, p. 25-51.
- FLYNN, R.J., DUDDING, P.M. et J. BARBER (dir.) (2006). *Promoting Resilience in Child Welfare*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.
- FLYNN, R.J., GHAZAL, H. et L. LEGAULT (2006). *Looking After Children : Good Parenting, Good Outcomes. Assessment and Action Records (AAR-C2-2006 ; Second Canadian adaptation)*, Ottawa, Université d'Ottawa, Centre for Research on Community et Londres, Services and Her Majesty's Stationery Office.
- FLYNN, R.J., VINCENT, C. et L. LEGAULT (2009). *User's Manual for the AAR-C2-2006*, Ottawa, Université d'Ottawa, Centre for Research on Educational and Community Services.
- GARLAND, A.F., LANDSVERK, J.L., HOUGH, R.L. et E. ELLIS-MACLEOD (1996). « Type of maltreatment as a predictor of mental health service use for children in foster care », *Child Abuse and Neglect*, vol. 20, n° 8, p. 675-688.
- GILBERT, R., WIDOM, C.S., BROWNE, K., FERGUSSON, D., WEBB, E. et S. JANSON (2009). « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries », *The Lancet*, vol. 373, n° 9657, p. 68-81.
- GOODMAN, R. (1997). « The Strengths and Difficulties Questionnaire : A research note », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 38, n° 5, p. 581-586.
- GOODMAN, R. (2001). « Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, n° 11, p. 1337-1345.
- GOODMAN, R., FORD, T., CORBIN, T. et H. MELTZER (2004). « Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders », *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 13, n° 2 suppl., p. 26-31.



- IVERSEN, A.C., JAKOBSEN, R., HAVIK, T., HYSING, M. et K.M. STORMARK (2007). « Mental health problems among child welfare clients living at home », *Child Care in Practice*, vol. 13, n° 4, p. 387-399.
- KUFELDT, K., SIMARD, M., VACHON, J., BAKER, J. et A. TRACI-LYEE (2000). *Looking After Children in Canada : Final report*, Fredericton, Université du Nouveau-Brunswick, Muriel McQueen Fergusson Centre for Family Violence Research.
- MARQUIS, R.A. et R.J. FLYNN (2008). « The SDQ as a mental health measurement tool in a Canadian sample of looked after young people », *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 4, n° 2, p. 114-121.
- MINNIS, H., EVERETT, K., PELOSI, A.J., DUNN, J. et M. KNAPP (2006). « Children in foster care : Mental health service use and costs », *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 15, n° 2, p. 63-70.
- PASZTOR, E.M., HOLLINGER, D.S., INKELAS, M. et N. HALFON (2006). « Health and mental health services for children in foster care : The central role of foster parents », *Child Welfare*, vol. 85, n° 1, p. 33-57.
- PEARS, K. et P.A. FISHER (2005). « Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children : Associations with prior maltreatment and placement history », *Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 11, n° 1, p. 112-122.
- STEIN, E., RAE-GRANT, N., ACKLAND, S. ET W. AVISON (1994). « Psychiatric disorders of children "incare" : Methodology and demographic correlates », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 39, n° 6, p. 341-347.
- TEGGART, T. et J. MENARY (2005). « An investigation of the mental health needs of children looked after by Craigavon and Banbridge health and social services trust », *Child Care in Practice*, vol. 11, n° 1, p. 39-49.
- TROCMÉ, N.M., MACLAURIN, B.J., FALLON, B.A., DACIUK, J.F., BILLINGSLEY, D.A., TOURIGNY, M. ET AL. (2001). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect : Final report*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada.
- WADDELL, C., OFFORD, D.R., SHEPHERD, C.A., HUA, J.M. et K. MCEWAN (2002). « Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making : The state of the science and the art of the possible », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 9, p. 825-832.
- WARD, H. (1995). *Looking After Children : Research into Practice*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- WOLFE, D.A. (1999). *Child Abuse : Implications for Child Development and Psychopathology*, 2<sup>e</sup> éd., Thousand Oaks, Sage Publications.



# CETTE FOIS, LES CHOSES SERONT DIFFÉRENTES

## L'EXPÉRIENCE DES PROFESSIONNELS CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE RÉUSSIE DE L'APPROCHE LOOKING AFTER CHILDREN AU CANADA, EN AUSTRALIE ET EN SUÈDE<sup>1</sup>

---

**Evelyn KHOO, Ph. D.**

Département de travail social, Université d'Umeå, Suède<sup>2</sup>

Chaque année dans tout le monde occidental, des milliers d'enfants et d'adolescents entrent en contact avec des organismes de protection de l'enfance en raison de problèmes au sein de leur environnement familial ou des comportements qu'ils manifestent. Ces jeunes et leur famille (en particulier leurs parents) font alors l'objet d'enquêtes des services de protection de l'enfance. Lorsque les parents sont incapables de prendre soin de leurs enfants ou de répondre à des normes minimales de soin acceptable, des services de protection de l'enfance peuvent être établis pour l'enfant ou la famille, sur une base volontaire ou obligatoire. Le moment de l'intervention de l'État et la façon dont il intervient sont façonnés, en partie, par la typologie de son régime de protection sociale (Esping-Andersen, 1990),

- 
1. Ce chapitre a été traduit par la firme TraductArt | TranslatArt.
  2. Je tiens à remercier le Conseil suédois de recherche pour la vie au travail et les sciences sociales de son financement. Je désire également remercier tous les travailleurs sociaux, superviseurs et gestionnaires qui ont accepté de partager leurs expériences.

bien que l'intervention soit généralement considérée comme nécessaire dans les cas où il existe un préjudice important – commis ou potentiel – à l'égard d'un enfant, que l'acte soit intentionnel ou inconscient. Les interventions vont de la prévention des risques, avant que le pire ne se produise, aux services de soutien et mesures correctives, comme l'intervention individuelle et familiale et, finalement, au placement d'un enfant à l'extérieur du foyer familial lorsque les risques ou le besoin d'aide sont considérés comme trop grands.

Les travailleurs sociaux et les organismes auxquels ils sont rattachés sont critiqués depuis longtemps pour le travail qu'ils réalisent auprès des familles vulnérables. Ils peuvent être accusés d'intervenir trop rapidement dans la sphère privée de la famille ou ils sont accusés de négligence pour avoir omis d'intervenir pour protéger les enfants contre un préjudice. Des résultats négatifs ou involontaires liés à l'intervention des services de protection de l'enfance sont bien documentés à l'échelle internationale. Par exemple, les enfants placés à l'extérieur du foyer familial risquent de « dériver » (Cooper et Webb, 1999), alors que les adolescents en foyer d'accueil risquent de devenir de jeunes contrevenants (Vinnerljung *et al.*, 2006). L'intervention dans ces familles, effectuée dans l'intérêt supérieur de l'enfant, nécessite d'équilibrer de nombreuses positions différentes, tant publiques que privées, et de considérer d'autres dilemmes normatifs où le savoir des experts croise les connaissances et les attitudes des usagers. En ce sens, le travail social se retrouve dans un feu croisé entre les idées éclectiques et relativistes du postmodernisme et les pratiques modernes actuelles fondées sur les données probantes. L'expression *Jamais raison, jamais tort* est une façon d'exprimer les dilemmes auxquels font face les travailleurs sociaux dans ce domaine (Weightman et Weightman, 1995). En fin de compte, l'argument est que le travail social devrait être en mesure d'assurer les bons types de services, au bon moment, pour les bonnes raisons et à un coût raisonnable. Face à de telles situations difficiles, il n'est pas étonnant que la profession de travailleur social compose avec de tels dilemmes en recherchant des approches plus systématiques, comme le système Looking After Children (LAC) et ses successeurs, au lieu de se référer aux idées délicates de la postmodernité (Gambrill, 2001).

Pour donner suite aux inquiétudes relatives aux résultats des enfants au point de vue du développement et à l'examen public minutieux des défaillances du système de soins au Royaume-Uni, le système LAC a été élaboré à la fin des années 1980 et au début des années 1990 en tant que système d'évaluation, de planification des cas et d'examen.

Il vise à promouvoir un développement positif des enfants qui doivent vivre loin de leur famille d'origine (Wise, 1999). Les auteurs de cette approche la présentent comme un cadre de référence et des outils permettant d'orienter et de mesurer de façon constante les interventions des personnes et des organismes qui ont la responsabilité de s'occuper des enfants (Ward, 1995). Les collaborations entre les chercheurs et les acteurs du milieu de la pratique ont facilité la diffusion de l'approche LAC au Canada, en Australie, en Suède et ailleurs à la fin des années 1990 et au début du <sup>xxi</sup><sup>e</sup> siècle. Malgré les critiques sur l'approche, pour des raisons idéologiques et autres (p. ex., Garrett, 2004 ; Mitchell et Sloper, 2008), sa diffusion a été couronnée de succès. Mais qu'est-ce qui assure la réussite de cette diffusion ? Dans le présent chapitre, les ingrédients de ce succès, selon les points de vue des professionnels intimement liés au processus de changement, sont examinés.

## **5.1. MÉTHODE ET SOURCES DES DONNÉES**

En 2004, le projet international Looking After Children in Need est lancé pour étudier l'approche, son adaptation, sa mise en œuvre et son utilisation dans différents contextes organisationnels et nationaux. Ce projet de quatre ans consiste en une étude comparative s'appuyant sur des sources d'information quantitatives et qualitatives. LAC (au Canada et en Australie) et Barns behov i centrum (BBIC – *children needs in focus* ou « les besoins de l'enfant au centre » –, en Suède) sont examinés en tant qu'outils de pratiques et de gestion axés sur l'enfant, les opinions concernant l'utilité des méthodes et ce pour quoi il semble qu'elles se soient répandues de manière aussi rapide. Les contextes où la méthode a été implantée avec le plus de succès sont considérés ; ce sont : les Sociétés d'aide à l'enfance (Ontario, Canada) ; Barnardos Australia (Nouvelle-Galles du Sud) et les municipalités suédoises (autorités locales) participant au projet. Par souci de simplicité, l'Australie, le Canada et la Suède sont ici utilisés pour faire référence à ces contextes. Chacun de ces contextes est unique en ce qui a trait aux politiques et pratiques en matière de bien-être de l'enfant, ce qui met en évidence des relations différentes entre l'État, les systèmes d'aide et les enfants et leur famille, rendant les comparaisons extrêmement intéressantes et les justifiant (Khoo, Hyvönen et Nygren, 2007).

### **5.1.1. LAC ET BBIC – DOCUMENTS DE FORMATION ET LIGNES DIRECTRICES**

LAC et BBIC ne constituent pas que de la documentation abstraite. Les textes étudiés peuvent être décrits comme un ensemble de communications professionnelles visant à persuader et instruire les destinataires. Afin de comparer la mise en œuvre des programmes LAC et BBIC en tant que modèles centrés sur l'enfant, les lignes directrices comparables et les documents de formation utilisés après l'année 2000 en Australie, au Canada et en Suède sont retenus. Une attention particulière porte sur les directives et lignes directrices pour l'usage des documents. Pour leur examen, la méthode d'analyse de contenu de Robson (2002) est appliquée. Deux cent cinquante pages de documents en tout sont lues dans le but de procurer un aperçu du contenu et des caractéristiques. Les unités d'analyse sont déterminées par l'établissement de catégories pour chaque occurrence particulière (manifeste ou latente) de l'expression *centré sur l'enfant* ou de formulations apparentées pouvant être interprétées comme définissant cette expression. Le processus analytique permet d'établir trois catégories – justifications, valeurs et motifs, en plus de l'application pratique – utilisées dans une comparaison systématique entre l'Australie, le Canada et la Suède.

### **5.1.2. ENQUÊTE INTERNATIONALE SUR LAC ET BBIC**

L'enquête internationale sur LAC et BBIC est élaborée et répartie selon le modèle de la Tailored Design Method (méthode personnalisée) conçue par Dillman (2000). Elle a pour but d'examiner la relation entre quelques variables explicatives et le degré de satisfaction des travailleurs et gestionnaires quant à l'utilité des modèles dans leur travail clinique. Ces variables présumées avoir une incidence sur les opinions sont la quantité et la qualité de la formation LAC, le contexte national et la catégorie d'emploi, soit gestionnaire ou travailleur social.

L'enquête comprend 80 questions fermées sur les antécédents professionnels, la formation, l'expérience des approches LAC et BBIC et l'évaluation de leur utilisation. Les types de questions sont à choix multiples, avec échelles d'évaluation et échelles d'assentiment. Deux questions ouvertes ainsi que des espaces prévus pour les commentaires terminent le questionnaire

de l'étude. Les questions ouvertes ont pour but de prendre connaissance des problèmes entourant la mise en œuvre et de recueillir des avis qui ne seraient pas pris en compte dans les questions fermées de l'étude.

Ce sondage est distribué à 469 personnes. En tout, 395 participants répondent au sondage (dans chaque pays, le taux de réponse était élevé : plus de 80 %). De ces 395 participants, 259 répondent aux questions ouvertes. Pour ce qui est des données des questions fermées, une analyse descriptive de variables explicatives est d'abord effectuée à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences ; Djurfeld, Larsson et Stjärnhagen, 2007). Ensuite, des analyses de corrélations suivies d'une régression hiérarchique sont réalisées afin d'évaluer l'importance et la force de la variance observée. Finalement, des analyses exploratoires en utilisant le test de Sobel (Preacher et Leonardelli, 2001) sont menées afin d'examiner la possibilité d'un rôle médiateur entre la variable explicative la plus forte et les points de vue sur l'utilité clinique du modèle LAC et BBIC. Les réponses aux questions ouvertes sont analysées qualitativement (Power, 1997), codées par contenu, catégorisées et groupées de façon à en dégager les tendances.

### **5.1.3. ENTREVUES AUPRÈS D'INFORMATEURS CLÉS**

Des entrevues qualitatives en profondeur sont réalisées auprès de répondants clés dans chacun des pays, afin de mieux sonder les opinions et impressions concernant la mise en œuvre de LAC et BBIC ; de répondre à des questions qui auraient pu être omises dans le questionnaire ; et d'acquérir une compréhension plus nuancée du processus de mise en œuvre. Pour ces entrevues, des cadres d'organismes, des gestionnaires de programme et des professionnels responsables de la mise en œuvre de LAC et BBIC à l'échelle locale sont sélectionnés. Ces répondants possèdent une connaissance explicite de la mise en œuvre de ces approches et ont participé étroitement à ses premières étapes. Pour chacun des pays, quatre répondants participent à des entrevues en personne, qui comprennent des questions allant du pourquoi du choix des méthodes au fonctionnement du processus de mise en œuvre. Les entrevues sont enregistrées et transcrites textuellement. L'information est analysée à l'aide de la méthode d'entrevue de recherche qualitative Kvale (1996).

## **5.2. RÉSULTATS ET DISCUSSION**

### **5.2.1. LA RÉUSSITE COMMENCE PAR UNE BONNE IDÉE ET LE BON MODÈLE**

Lorsque la mise en œuvre systématique de LAC a eu cours, au milieu des années 1990, les principaux chercheurs, gestionnaires de programmes sociaux et fonctionnaires du Canada, de l'Australie et de la Suède entretenaient des relations avec le England's Dartington Research Centre. Le développement du système LAC les a immédiatement enthousiasmés, tout comme ses composantes. Mais qu'est-ce qui rend le programme LAC si attrayant ? Bien que l'idée de LAC soit intrinsèquement rationaliste, des théories influencées par l'approche constructiviste sociale constituent une voie prometteuse pour mieux comprendre son succès et son expansion dans le monde (DiMaggio, 2001). La théorie néo-institutionnelle implique que les organismes sont des systèmes ouverts interagissant avec le milieu et les citoyens. L'idée de systèmes ouverts implique que la production dans les organismes se fonde sur l'emprunt et l'échange d'idées avec d'autres organismes. Des spécialistes des théories organisationnelles inventent la métaphore « idées voyageuses » (Czarniawska et Joerges, 1996 ; Meyer, 1996 ; Sevón, 1996), métaphore qui s'appliquerait au modèle LAC.

LAC est un exemple de réforme par imitation, bien que la manière de l'implanter dépende de facteurs contextuels tels que des différences dans les dispositions constitutionnelles, les systèmes administratifs et les traditions et cultures de réforme (Sahlin-Andersson, 2002). En outre, pour ce qui est de la reproduction, la langue joue un rôle important. Une idée formulée en anglais a plus de chances d'être adoptée qu'une idée émise, par exemple, en suédois, en français ou en italien, simplement parce qu'elle est immédiatement accessible, dans une plus large mesure, aux politiciens, chercheurs et autres intervenants au pouvoir dans maintes régions du monde.

La diffusion des idées est aussi liée à l'aspect de la traduction. Une idée qui passe d'un contexte à un autre doit être traduite d'une manière ou d'une autre. Le système LAC avait besoin d'un « nom » suédois, lorsque traduit dans un contexte suédois. Cependant, la traduction est bien plus qu'une simple question de langue. Elle concerne également le façonnement d'une idée, afin que celle-ci s'adapte à un nouveau contexte. Elle est transformée par des acteurs placés à différents postes et légèrement modifiée dans l'usage de la langue. Les concepts doivent être repensés et adaptés de sorte qu'ils puissent fonctionner dans un contexte organisationnel existant ; il est peu probable que l'idée finalement mise en œuvre soit identique



à l'idée originelle. L'idée a voyagé, mais elle a aussi été traduite et transformée dans un genre d'« opération de mise en forme » (Sahlin-Andersson, 2002, p. 54). Les modèles qui voyagent sont « dépouillés » de leur contexte national et « modifiés » dans leur nouveau contexte. Cette opération est réalisée en réorganisant la manière de les présenter. Pour être efficaces dans le nouveau contexte, les idées doivent être modifiées de manière à faire sens, non seulement du point de vue du contenu, mais aussi du point de vue opérationnel. Sur le plan de la théorie organisationnelle, cette modification est nécessaire pour permettre aux dirigeants organisationnels d'exprimer avec succès le pourquoi et le comment de la mise en œuvre du changement organisationnel.

Cette étude montre que LAC et ses outils Assessment and Actions Records (AAR) fonctionnent comme des concepts tant en Australie qu'au Canada. En Suède, l'approche LAC a d'abord été traduite en suédois, puis modifiée en *Barns behov i centrum* (BBIC), qui se traduit en français par « les besoins de l'enfant au centre », une formulation qui revêt des connotations bien différentes de « *looking after children* ».

Les idées n'ont pas toutes cette tendance à se répandre. Les recherches indiquent que les réformes traduisant certaines valeurs de la société moderne sont plus susceptibles de se diffuser que les autres. La foi en la rationalité et l'efficacité semble favoriser cette expansion (Sevón, 1996). Dans l'ensemble, l'approche LAC représente un idéal de « pratiques exemplaires ». Elle exige l'efficacité et un accent mis sur les résultats. Elle se veut centrée sur l'enfant, en ce sens qu'elle fait appel à une plus grande participation des enfants et des jeunes placés dans les décisions qui les concernent. En outre, l'approche exige que les travailleurs sociaux et les organismes auxquels ils sont rattachés assument la responsabilité d'un nouveau « rôle parental de l'État ». Combiner ces valeurs au succès documenté donne lieu à d'excellents éléments favorisant la diffusion de l'idée.

### **5.2.2. D'UNE BONNE IDÉE À UNE MISE EN ŒUVRE RÉUSSIE**

Une fois que LAC (et BBIC) est établi comme étant le « bon modèle » pour améliorer les services aux enfants dans les systèmes de protection de l'enfance du Canada, de la Suède et de l'Australie, et que des essais initiaux de ce modèle ont démontré que le concept pouvait être « reformulé » pour s'adapter à des contextes donnés, le processus de mise en œuvre est enclenché. La présente recherche fait ressortir que, quel que soit le contexte organisationnel, trois ingrédients favorisent une mise en œuvre réussie de changements de l'envergure du système LAC : la raison d'être, le leadership et la capacité.

### 5.2.2.1. Une idée précise de la raison d'être

Dans l'application d'une bonne idée, un changement réussi exige que l'on ait une idée précise de la raison pour laquelle un changement est nécessaire et du genre de changement qu'implique la mise en œuvre de modèles tels que LAC et BBIC. Pour réussir cette mise en œuvre, il faut d'abord insister sur les raisons de travailler de cette manière et sur la valeur que revêtent les modèles LAC et BBIC. Un travailleur social canadien l'exprime ainsi : « *Lever les yeux de la paperasse et donner vie à la philosophie* », et un travailleur social suédois dit : « *Il est important de s'appuyer sur des valeurs fondamentales et non pas seulement sur la documentation.* »

Tout d'abord, tant les travailleurs sociaux que les gestionnaires mettent de l'avant les arguments d'ordre normatif dans les discussions concernant la mise en œuvre réussie du modèle. « *On doit vraiment être capables de répondre aux questions sur le pourquoi. Autrement, on devra affronter toutes sortes d'obstacles.* » Pour les répondants, il s'agit de mettre l'accent sur trois types de valeurs associées au modèle LAC : valeurs d'universalité, valeur fondamentale du modèle en général et, plus particulièrement, valeurs relatives au concept « centré sur les enfants ». « *Cela concerne les enfants, d'abord et avant tout.* » Voilà un énoncé général en ce qui a trait aux bienfaits de LAC. Ce qui veut dire, en fin de compte lorsque le modèle est bien utilisé, « *devenir de meilleurs parents et d'assumer la responsabilité de ces jeunes* ». Au-delà de la notion de « rôle parental de l'État », les travailleurs sociaux expriment en quoi les modèles ne laissent pas oublier des détails importants dans la vie de l'enfant ; et ils ont souligné que l'enfant doit être placé au cœur de toutes les décisions relatives à son bien-être :

*Ce sont les petits détails qui sont importants. Par exemple, un parent devrait savoir si son enfant a besoin de lunettes, et il devrait vérifier sa prescription chaque année. Maintenant, je suis ce type de parent dont les enfants sont en foyer d'accueil. J'ai un outil qui me permet de me souvenir de poser ce genre de questions.*

### L'accent sur l'enfant dans la question du pourquoi

Dans les trois pays, le fait de procurer un meilleur service aux enfants est mis de l'avant comme raison principale d'apporter des changements. Toutefois, on observe des manières différentes de comprendre l'idée d'attention portée sur l'enfant.

Au Canada, la pratique centrée sur les enfants est formulée de deux manières différentes. Des concepts tels que « modèle expérimental », « besoins de l'enfant », « résilience », « espoir » et « attentes positives » peuvent être interprétés comme des approches axées sur l'enfant,

mais dans le sens de travailler « pour » les enfants. Par contre, le Cahier d'évaluation et de suivi (CÉS) met l'accent sur la participation des enfants – sur le fait de travailler « avec » les enfants. Une exigence impérieuse est formulée dans la directive : « N'essayez pas d'exécuter le CÉS sans faire participer l'enfant ou le jeune ! » La directive comporte aussi des conseils sur la manière de créer de bonnes conditions pour les entrevues avec les enfants. Une description des grands principes de LAC fait clairement référence à un modèle centré sur l'enfant, par exemple : « On doit consulter le jeune et l'écouter dès qu'il est assez vieux. » Sa participation est évoquée comme un moyen de contribuer à renforcer son estime de soi et son efficacité plutôt que comme un droit inhérent aux enfants.

En Australie, le raisonnement sous-tendant l'approche LAC est qu'un meilleur rôle parental de l'État, combiné à des partenariats avec les enfants (et avec leurs parents d'accueil), mène à de meilleurs résultats pour les enfants placés à l'extérieur du foyer familial. Barnardos Australia exerce le rôle parental de l'État pour veiller à ce que les enfants pris en charge puissent profiter des possibilités qui s'offrent à eux et développent pleinement leurs aptitudes. Le rôle parental de l'État comprend les soins quotidiens offerts dans différents types de situations en foyer d'accueil et de groupe. Toutefois, ce rôle comprend également la responsabilité des travailleurs sociaux, gestionnaires, décideurs et autres personnels de soutien qui travaillent moins directement avec les jeunes. Il semble y avoir une recherche d'équilibre entre la protection, la prestation et la participation.

En Suède, le programme BBIC repose sur le triangle conceptuel du cadre de référence britannique (développement de l'enfant, compétences parentales et environnement) et dénote un délaissement des services de protection de l'enfance axés sur la famille. Le programme BBIC est utilisé pour les enfants pris en charge, de même que pour les enfants et leurs parents qui reçoivent des services communautaires. Selon la position adoptée dans ce programme, les enfants doivent participer activement et directement aux processus décisionnels relatifs à la protection de l'enfance. L'écologie du développement de la personne, la théorie de l'attachement, les théories générales sur le développement des enfants et la psychopathologie développementale sont considérées comme les points de départ théoriques (Socialstyrelsen, 2006). De nombreux concepts différents sont utilisés pour définir ce qu'on entend par « accent mis sur les besoins des enfants » ou une approche axée sur l'enfant : « la participation et la codétermination des enfants », « l'intérêt supérieur de l'enfant », « la participation à la prise de décision », « la défense des droits des enfants », « les opinions et les souhaits des enfants », « le partenariat avec les enfants » et « l'écoute des enfants ». Les enfants doivent être écoutés et ils doivent participer

activement aux décisions qui les concernent. Et dans ce sens, les enfants devraient être au centre, tout au long du processus dans son ensemble, soit pendant l'évaluation, la planification, l'intervention et la révision. Ainsi, BBIC peut être considéré comme un programme qui combine les besoins et les droits, où les enfants sont des partenaires pour la planification des soins et la prise de décision.

### **5.2.2.2. La réussite requiert du leadership**

Au début du processus de mise en œuvre des programmes LAC et BBIC dans des contextes particuliers nationaux, organisationnels et même locaux, il était crucial d'utiliser une stratégie de leadership qui pourrait être qualifiée à la fois de descendante et d'ascendante. Dans le cadre de cette stratégie globale se trouvent des réformistes clés pouvant être décrits comme étant des moteurs de changement organisationnel. En Suède, ils sont appelés « *eldsjälar* » (une traduction littérale de ce terme est « esprits de feu »). Ces agents de changement ne sont pas seulement les gestionnaires supérieurs, les chercheurs et les fonctionnaires, mais ils sont également les travailleurs sociaux de première ligne qui prennent en charge le processus de changement et lui permettent d'avancer.

#### ***La stratégie descendante***

Plusieurs acteurs de la réforme, ayant été les instigateurs du développement et de la mise en œuvre ultérieure des programmes LAC et BBIC, pourraient détenir une clé permettant de comprendre la réussite du changement. La mise en œuvre et l'adaptation des AAR au contexte national du Canada ont été réalisées, dans une large mesure, par des chercheurs (Flynn *et al.*, 2004 ; Kufeldt, Simard et Vachon, 2000). Dès le début, ceux-ci se sont efforcés d'adapter et de mettre en œuvre les AAR comme des outils pour la pratique ainsi que la recherche, conformément à l'idée originale britannique. Grâce à leur expertise en psychologie et en services communautaires, les chercheurs ont déployé une perspective de résilience qui devient visible d'une manière unique (Flynn *et al.*, 2004). Le projet pilote initial du programme LAC en Ontario était un partenariat entre les organisations et les chercheurs. Auparavant, la recherche a révélé que l'approche pouvait améliorer les résultats pour les enfants placés en foyer d'accueil à long terme. Le gouvernement a demandé à toutes les Sociétés d'aide à l'enfance de mettre en œuvre l'approche avant décembre 2007, ce qui a signifié un changement au sein des coalitions et a établi un partenariat entre le gouvernement, les organisations et les chercheurs.

En Australie, le programme AUS-LAC est élaboré en tant que projet conjoint entre les chercheurs de l'École de service social de l'Université de New South Wales et Barnardos Australia, un organisme caritatif qui offre des services aux enfants et aux adolescents. Ce partenariat entre les chercheurs et les professionnels du domaine des services sociaux pourrait avoir renforcé l'attention portée sur les différentes philosophies de protection de l'enfance. En s'occupant de la mise en œuvre du programme LAC, Barnardos a dû façonner les buts et les valeurs de l'approche de manière à tenir compte d'un groupe plus complexe d'intervenants ainsi que de sa relation avec eux.

L'origine du programme BBIC remonte à la fin de 1995 ; il s'agit d'un projet LAC situé en Suède et guidé par l'Office national suédois de la santé et du bien-être. Il a été conçu dans le cadre d'un effort de collaboration entre l'Office, la communauté des chercheurs et des intervenants locaux, et axé sur l'amélioration de la situation des enfants, par rapport aux services de protection de l'enfance. L'Office national suédois de la santé et du bien-être jouit d'une forte autorité morale lui permettant de recommander la mise en œuvre du programme BBIC, mais il n'a pas le pouvoir légal de l'exiger. Par conséquent, pour que le BBIC soit mis en œuvre dans le contexte suédois, il doit être fortement ancré localement et l'Office doit également en assurer une forte promotion.

### ***La stratégie ascendante***

La réussite du changement organisationnel n'aurait pas été possible sans le leadership ascendant au niveau local. Le leadership ascendant exige que les travailleurs sociaux de première ligne influencent l'adoption du changement et veillent à ce que sa mise en œuvre mène à l'intégration du changement dans l'organisation. Il ne s'agit pas d'imposer à quiconque le changement ou de diriger les autres, mais plutôt de promouvoir le changement en manifestant de la passion et en transmettant cette passion aux autres. Dans le cas des programmes LAC et BBIC, les dirigeants du projet de développement ont fait en sorte qu'il y ait des chefs de projet (chefs d'équipe, développeurs et formateurs) provenant d'organisations locales ainsi que d'équipes de travailleurs sociaux de première ligne. Le rôle de ces chefs de projet était de mettre en place des structures durables pour le développement et l'apprentissage. Des équipes de différents types sont formées au niveau local, afin de déterminer des stratégies de changement qui étaient pertinentes pour des conditions organisationnelles et contextuelles. Les dirigeants ont reçu une formation pour enseigner aux autres intervenants à travailler selon la nouvelle approche ; ces « esprits de feu » tiennent un rôle clé en matière

de gestion des attitudes et comportements opposés au changement ou incertains des avantages que procure le changement. Ces dirigeants ascendants locaux se sont également réunis sur une base régulière pour être motivés, discuter des préoccupations communes et élaborer des stratégies pour le travail de développement dans son ensemble.

### **5.2.3. LE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS EN VUE DU CHANGEMENT**

La réussite du changement organisationnel lié à la mise en œuvre des programmes LAC et BBIC exige de veiller d'abord et avant tout à ce qu'il existe une capacité de changement au niveau local. La mise en œuvre du changement en Suède est décrite comme une refonte de la culture des services sociaux auprès des enfants à risque, et non seulement une réorganisation des anciennes manières de travailler. Ce type de refonte de la culture signifie que les organisations locales devaient posséder les capacités humaines et matérielles pour le changement à mettre en place. Des recherches précédentes sur les expériences antérieures de travail avec le programme LAC indiquent que les agences locales n'étaient pas préparées pour l'exigence de temps, la gestion et les besoins organisationnels (Bell, 1998). Les travailleurs sociaux des trois pays mentionnent l'importance d'avoir suffisamment de formation pratique et de suivi. *« Adaptez la formation aux besoins de la population formée. Faites preuve de souplesse. Réexaminez la formation sur une base régulière, afin d'identifier les lacunes et les difficultés. »*

La résistance au changement est une difficulté courante lors de la mise en œuvre d'un changement dans une organisation. Particulièrement lorsqu'une approche si fortement structurée et de longue haleine est utilisée, il y a plus de risque que les gens abandonnent ou même sabotent le travail. Les participants à l'étude ont tous fait l'expérience d'une résistance et leur conclusion est généralement que celle-ci doit être contrée par une combinaison d'information (où les valeurs, les raisons, etc., jouent un rôle important) et de persévérance : *« Pensez que lorsque vous mettez l'approche en place, vous devez vous rappeler que les travailleurs sociaux ont besoin de beaucoup de temps pour apprendre la nouvelle façon de travailler. Cela peut être difficile pour eux lorsque leur charge de travail est déjà grande ! »* Dans les trois contextes, on entend : *« Insistez, ça vaut le coup »* (gestionnaire australien) ; *« Persévérez ! Cela porte ses fruits à long terme »* (travailleur social canadien) ; *« Soyez patient, cela prend des années à comprendre la profondeur du BBIC et tout son potentiel »* (travailleur social suédois).

Ces énoncés témoignent d'une prise de conscience de la complexité de la réforme nécessaire pour la mise en œuvre des programmes BBIC et LAC. On pourrait également dire que ces personnes comprennent l'importance de la prise en charge individuelle du processus de changement (Hughes et Wearing, 2007).

### **5.3. LE CHANGEMENT EST CE QUE VOUS EN FAITES**

Au bout du compte, il est frappant de constater à quel point la grande majorité des travailleurs sociaux et des gestionnaires de l'étude sont en faveur de la mise en œuvre des programmes LAC et BBIC. Même dans la perspective d'une approche complexe, systématique et procéduralisée, les répondants soulignent l'aspect probablement le plus important du changement organisationnel réussi : « *Le changement est ce que vous en faites.* » Leurs points de vue sont appuyés par les écrits concernant l'évaluation des programmes sociaux.

La pratique à la limite des règles des organisations offre toujours plus de liberté que celle qu'utilisent la plupart des travailleurs sociaux. Le fait est que les travailleurs sociaux peuvent se protéger ainsi que maximiser leur liberté de pratique, simplement en ayant une conscience aiguë de la relation qui existe entre leurs propres valeurs et cadre de référence au sujet d'un problème social et les caractéristiques d'ordre programmatique visant à y faire face (Chambers, 1993, p. 75).

Dans le domaine de la protection de l'enfance, on s'intéresse de près à la mise en place de pratiques exemplaires relatives au travail auprès des enfants et des familles vulnérables. Les personnes et les organisations peuvent être lentes à adopter de nouvelles méthodes et approches, après avoir trouvé des méthodes qui semblent fonctionner. Le changement est souvent lent, et il ne vient pas sans conflit ni douleur (DeCarolis, 2005). Pour que les programmes LAC et BBIC soient davantage que de simples idées intéressantes ou tendances passagères en matière de protection de l'enfance, il était important de maximiser les soutiens accordés à leur mise en œuvre stimulante en tant que projet de croissance collective. En ce sens, la gestion du changement organisationnel pourrait être décrite comme un processus organique plutôt que mécanique (Lawler et Bilson, 2010). Rapidement, il doit y avoir une forte sanction politique et économique, afin d'allouer le temps nécessaire pour renforcer les capacités et développer les infrastructures de soutien en vue du changement. Cela exige que l'on consacre le temps et l'argent nécessaires pour que les agences locales

puissent informer tous les utilisateurs finaux, adapter les organisations à l'approche et adapter l'approche aux besoins particuliers des personnes et des équipes qui l'utilisent.

Les programmes LAC et BBIC sont des exemples d'une procéduralisation accrue du travail social, offrant un moyen d'accroître la reddition de comptes dans un domaine qui fait face à la critique en raison d'un manque de méthodes de travail structurées et de documentation satisfaisante. Parallèlement, ces programmes exigent que les intervenants concentrent leurs efforts sur les enfants et tiennent compte de leur point de vue. Il sera certainement intéressant de voir si les programmes LAC et BBIC constituent des outils pouvant susciter l'intérêt des travailleurs sociaux à long terme (une question qui, naturellement, est aussi liée à l'évaluation à long terme du programme LAC, en tant que système qui est censé mieux fonctionner que les anciens programmes pour les enfants et leurs parents). En outre, les travailleurs sociaux se serviront-ils de leur discrétion professionnelle pour « éclaircir » les approches afin de les adapter à l'évolution des besoins et des exigences dans le domaine pratique ? Une autre question est de savoir si la mise en œuvre du programme LAC au Canada élargit la portée du pouvoir discrétionnaire des travailleurs sociaux, comparativement aux cadres de pratique antérieurs, ou, encore, si la mise en œuvre du programme BBIC en Suède réduit l'autonomie relative des travailleurs sociaux suédois par rapport aux anciennes façons de travailler. Si la réponse est oui dans ces deux cas, le programme LAC, lorsqu'il est adapté dans d'autres pays, contribue également à une harmonisation des politiques de protection de l'enfant. Si c'est le cas, il reste à savoir si cela est meilleur pour l'enfant dans tous les contextes.

## CONCLUSION

Il y a plusieurs facteurs à considérer avant de décider d'adopter une voie nouvelle. Le changement est-il vraiment nécessaire ? Le contexte est-il prêt au changement ? Les dirigeants sont-ils en place pour guider le changement ? Existe-t-il un plan et du soutien pour éviter les problèmes autant que possible lors de la mise en œuvre du changement ? Même si la réponse à chacune de ces questions est oui, on peut dire, en résumé, que la réussite de la mise en œuvre dépend de la combinaison d'une bonne idée mise en place par des personnes motivées qui ont une vision et une stratégie pour passer de l'idée à la mise en œuvre et, enfin, à l'intégration.



## BIBLIOGRAPHIE

- BELL, M. (1998). « The Looking After Children materials. A critical analysis of their use in practice », *Adoption & Fostering*, vol. 22, n° 4, p. 15-23.
- CHAMBERS, D. (1993). *Social Policy and Social Programs*, New York, Macmillan.
- COOPER, A. et L. WEBB (1999). « Out of the maze : Permanency planning in a postmodern world », *Journal of Social Work Practice*, vol. 13, n° 2, p. 350-370.
- CZARNIAWSKA, B. et B. JOERGES (1996). « Travels of ideas », dans B. Czarniawska et G. Sevón (dir.), *Translating Organizational Change*, Berlin, Walter de Gruyter, p. 213-248.
- DECAROLIS, G. (2005). *A View from the Balcony. Leadership Challenges in Systems of Care*, Dallas, Brown's Books.
- DILLMAN, D.A. (2000). *Mail and Internet Surveys. The Tailored Design Method*, New York, John Wiley and Sons.
- DIMAGGIO, P.J. (dir.) (2001). *The Twenty-First-Century Firm. Changing Economic Organization in International Perspective*, Princeton, Princeton University Press.
- DJURFELD, G., LARSSON, R. et O. STJÄRNHAGEN (2007). *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*, Lund, Studentlitteratur.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.
- FLYNN, R., GHAZAL, H., LEGAULT, L., VANDERMEULEN, G. et S. PETRICK (2004). « Use of population measures and norms to identify resilient outcomes in young people in care : An exploratory story », *Child and Family Social Work*, vol. 9, n° 1, p. 65-79.
- GAMBRILL, E. (2001). « Social work : An authority-based profession », *Research on Social Work Practice*, vol. 11, n° 2, p. 166-175.
- GARRETT, P.M. (2004). « Have you seen my assessment schedule : Proceduralisation, constraints and control in social work with children and families », dans M. Dent, J. Chandler et J. Barry (dir.), *Questioning the New Public Management*, Aldershot, Ashgate Publishing Limited, p. 55-70.
- HUGHES, M. et M. WEARING (2007). *Organizations and Management in Social Work*, Londres, Sage Publications.
- KHOO, E., HYVÖNEN, U. et L. NYGREN (2007). « Getting it Right. Implementeringen av Barns behov i centrum och *Looking After Children* i tre nationella och organisatoriska sammanhang » [The implementation of BBIC and LAC in three national and organisational contexts], *Sociologiska Forsknings supplement*, n° 22, p. 90-104.
- KUFELDT, K., SIMARD, M. et J. VACHON (2000). *Looking After Children in Canada. Final Report Submitted to Social Development Partnerships of Human Resources Development Canada*, <[http://www.unb.ca/web/fredericton/arts/centres/mmfc/\\_resources/pdfs/team2000a.pdf](http://www.unb.ca/web/fredericton/arts/centres/mmfc/_resources/pdfs/team2000a.pdf)>.
- KVALE, S. (1996). *Interviews : An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Londres, Sage Publications.
- LAWLER, J. et A. BILSON (2010). *Social Work Management and Leadership. Managing Complexity with Creativity*, Londres, Routledge.
- MEYER, J. (1996). « The promulgation and transmission of ideas in the modern organizational environment », dans B. Czarniawska et G. Sevón (dir.), *Translating Organizational Change*, Berlin, Walter de Gruyter, p. 241-252.
- MITCHELL, W. et P. SLOPER (2008). « The integrated children's system and disabled children », *Child et Family Social Work*, vol. 13, n° 3, p. 274-285.
- POWER, M. (1997). *The Audit Society : Rituals of Verification*, Oxford, Oxford University Press.

- PREACHER, K. et G. LEONARDELLI (2001). *Calculation for the Sobel Test : An Interactive Calculation Tool for Mediation Tests*, [Logiciel], <<http://quantpsy.org>>.
- ROBSON, C. (2002). *Real World Research : A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*, 2<sup>e</sup> éd., Oxford, Blackwell.
- SAHLIN-ANDERSSON, K. (2002). « National, international and transnational constructions of New Public Management », dans T. Christensen et P. Løegreid (dir.), *New Public Management. The Transformation of Ideas and Practice*, Aldershot, Ashgate, p. 43-72.
- SEVÓN, G. (1996). « Organizational imitation in identity transformation », dans B. Czarniawska et G. Sevón (dir.), *Translating Organizational Change*, Berlin, Walter de Gruyter, p. 49-68.
- SOCIALSTYRELSEN (2006). *Grundboken : Barns behov i centrum* [Foundation book : the child's needs in the centre], Stockholm, Socialstyrelsen.
- VINNERLJUNG, B., SUNDELL, K., LÖFHOLM, C.A. et E. HUMLESJÖ (2006). « Former Stockholm child protection cases as young adults : Do outcomes differ between those that received services and those that did not ? », *Children and Youth Services Review*, vol. 28, n° 1, p. 59-77.
- WARD, H. (1995). *Looking After Children : Research into Practice*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- WEIGHTMAN, K. et A. WEIGHTMAN (1995). « "Never right, never wrong" : Child welfare and social work in England and Sweden », *Scandinavian Journal of Social Welfare*, vol. 4, n° 2, p. 75-84.
- WISE, S. (1999). *The UK Looking After Children Approach in Australia. Research Report No. 2*, Melbourne, Australian Institute of Family Studies.

# **L'ÉVOLUTION DES ASSESSMENT AND ACTION RECORDS DE L'APPROCHE LOOKING AFTER CHILDREN DANS L'ÉTAT DE VICTORIA EN AUSTRALIE<sup>1</sup>**

---

**Sarah WISE, Ph. D.**

Anglicare Victoria, Australie

**Ruth CHAMPION, Ph. D.**

Child Protection, Placement & Family Services Branch Children,  
Youth and Families Division Department of Human Services (DHS),  
Melbourne, Australie

**Cathy ARGUS**

Anglicare Victoria, Australie

Parmi les huit États et territoires australiens, Victoria se classe au troisième rang des plus petites zones géographiques. Cette zone a une superficie de 227 416 kilomètres carrés et est située à l'extrémité sud-est du continent australien ; elle représente un peu moins de 3 % de la superficie totale de l'Australie. Toutefois, elle est le deuxième État le plus peuplé (après la Nouvelle-Galles du Sud) avec un peu plus de 5,6 millions d'habitants. Cela représente près de 25 % de la population totale de l'Australie, qui est de plus de 22,7 millions d'habitants (Australian Bureau of Statistics, 2011).

La plupart des habitants de l'État de Victoria vivent dans la grande région métropolitaine de Melbourne ou dans des localités régionales, comme Geelong, Ballarat, Bendigo et Wodonga (Australian Bureau of Statistics, 2011). Environ 1,25 % de la population de l'État

---

1. Ce chapitre a été traduit par la firme TraductArt | TranslatArt.

de Victoria est aborigène. En raison d'un flot d'immigration continu, Victoria possède une population issue de milieux culturels et linguistiques différents, particulièrement dans les zones urbaines.

L'Australie possède un système de gouvernement fédéral dont les pouvoirs et responsabilités sont partagés entre le gouvernement du Commonwealth (national) et les six États et deux territoires australiens. La protection et le bien-être des enfants relèvent des États et territoires. Historiquement, avant l'implication du gouvernement, la plupart des services de protection de l'enfance, y compris les orphelinats et les soins en famille d'accueil, ont été établis, dans l'État de Victoria, par des organismes de bienfaisance et des églises. Par conséquent, la responsabilité d'offrir des services de soutien aux familles, de protection de l'enfance et de soins en milieu substitut est encore aujourd'hui partagée entre le gouvernement et les secteurs communautaires.

Dans l'État de Victoria, les services en milieu substitut sont assurés par des organismes de services communautaires (OSC) qui sont autorisés, financés et surveillés par le Department of Human Services (DHS) de l'État. Les OSC ont la responsabilité d'offrir aux enfants et aux adolescents des services de placement en milieu substitut, en famille d'accueil ou en établissement. Ils sont en outre tenus de veiller à ce que les besoins de ces enfants et adolescents soient satisfaits pendant leur prise en charge. Le DHS est directement responsable de la prestation des services de protection de l'enfance, et les prises de décisions se font par les tribunaux.

Selon les données publiées par l'Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2011), au 30 juin 2011, 5 678 enfants étaient placés en milieu substitut dans l'État de Victoria. De ce nombre, 90,7 % étaient placés dans une ressource de type familial (notamment en famille d'accueil ou chez un membre de leur famille). Les enfants et adolescents aborigènes sont sur-représentés dans la population des enfants placés, et ce, dans l'ensemble des États et des territoires (57,3 pour 1 000 enfants à l'échelle nationale, comparativement à 5,1 pour 1 000 enfants issus d'autres groupes).

## **6.1. L'APPROCHE LOOKING AFTER CHILDREN (LAC)**

Les différentes versions des Assessment and Action Records (AAR) de l'approche Looking After Children (LAC) ont été élaborées au Royaume-Uni il y a plus de vingt ans. Ils visent deux objectifs : veiller à ce que les connaissances actuelles au sujet des bonnes pratiques parentales éclairent les soins offerts aux enfants placés en milieu substitut ; et fournir des données agrégées servant à évaluer les résultats des services et à orienter les politiques.

Les AAR permettent des évaluations adaptées à l'âge des enfants en tenant compte de sept dimensions du développement (santé ; éducation ; développement affectif et comportemental ; relations sociales et familiales ; identité ; présentation de soi ; et capacités d'autonomie) dans six groupes d'âge différents (moins de 12 mois, 1-2 ans, 3-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans et 15 ans et plus). Les AAR sont remplis par les travailleurs sociaux et les parents d'accueil. Les enfants et les familles biologiques sont consultés au besoin pendant le processus d'évaluation. Lorsqu'on remarque des besoins non comblés chez les enfants, on consigne la façon de remédier à la situation et l'on désigne la personne responsable d'entreprendre les mesures correctives (figure 6.1).


En plus des AAR, l'approche LAC propose un ensemble de formulaires de planification et de révision complémentaires qui ont été conçus pour recueillir de l'information essentielle, élaborer la planification de l'intervention et réviser périodiquement la situation des enfants placés. On y compte deux formulaires de renseignements essentiels (Essential Information Records : le EIR1 et le EIR2), différents formulaires de planification d'intervention (Placement Plans : le PP1 et le PP2 ; Care Plan record) et un formulaire de révision des dispositions prises (Review of Arrangements record). Les EIR fournissent les données démographiques et les renseignements d'urgence au sujet d'un enfant ou d'un adolescent (p. ex., sa date de naissance, son origine ethnique, son état de santé et ses invalidités, ses besoins alimentaires et ses allergies). Le PP1 fournit la base des dispositions selon lesquelles un enfant ou un adolescent est pris en charge, et le PP2 décrit les dispositions prises en matière de services quotidiens, y compris les détails sur le rôle des parents biologiques. Le Care Plan record sert à prendre des dispositions à long terme pour l'avenir de l'enfant. La révision des dispositions prises sert à déterminer si les conditions de placement répondent aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent, afin que des changements soient envisagés, le cas échéant. La série complète d'outils pratiques est désignée sous le nom de *Looking After Children Material* (Royaume-Uni. Department of Health, 1995).

## **6.2. LES PERSPECTIVES INTERNATIONALES SUR L'APPROCHE LAC**

Après la publication initiale en Angleterre en 1991 de cette série d'outils, un vaste programme d'évaluation a été réalisé sur une période de trois ans, afin de mettre à l'épreuve certains postulats sur lesquels ils étaient fondés. Les résultats de l'évaluation indiquent que les questions abordées par les différents outils sont, en général, acceptables et importantes

Figure 6.1 – Extrait de la section «Éducation» du Assessment and Action Record (AAR) des 10 à 14 ans

Looking After Children ASSESSMENT AND ACTION RECORD: TEN TO FOURTEEN YEARS 18

 EDUCATION

The questions in this section are designed to find out if you are getting the help you need to make sure that you do as well at school as you are able to and that your education is being properly planned. They are also meant to find out if you have opportunities to learn special skills and to take part in a wide range of activities, both in and out of school. You might find it helpful to refer to your most recent school report when completing this section.

Person with Educational Responsibility  
Sometimes a teacher with pastoral responsibilities, a home-school liaison officer or a school counsellor will help to make sure that arrangements for your education are properly carried out. If someone like this is helping you, please write their name down here:

Name:

Position (education):

Name:

Position (agency):

Later in this section the term 'Person with educational responsibility' will be used to describe them.

Do you go to:

	Full time	Part time	If part time, how many hours each week?
Mainstream day school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hours
Alternative setting in a mainstream school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hours
Special school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hours
Distance school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hours
Private school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hours
Other (eg private boarding school) please specify	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hours
			<input type="text"/>
Do not attend school	<input type="checkbox"/>		

E1 Information regarding educational options in a particular area is best sought from the Regional DEET Office in the area the young person will be living. Information regarding education in Victoria can be found at [www.scolweb.vic.edu.au](http://www.scolweb.vic.edu.au)

Do you think you go to the sort of school that is right for you?

Yes  Currently being assessed  
 No  No school

My attendance last term was as follows:

I could have attended  days  
but I actually attended  days  
I was absent for  days  
and of those,  days were authorised absence because I had a genuine reason for not attending school.

What were the reasons for unauthorised absence?

Have you been excluded from school in the last term?  Yes, permanently  Yes, temporarily  No

If temporarily excluded, for how many days?  days

If you are permanently excluded, how long is it since you went to school?  years  months  days

Have you been suspended from school in the last term?  Yes  No

Source : Royaume-Uni. Department of Health, 1995. Matériel appartenant à British Crown et adapté pour utilisation dans l'État de Victoria (Australie) par Barnardos Australia et la University of New South Wales, qui fonctionne sous le nom de LAC project.

pour les parents d'accueil, les travailleurs sociaux et les enfants et adolescents placés ou pris en charge (Wise, 1999). Toutefois, certains problèmes sont décelés dans la première version des outils et une version révisée est publiée par le Department of Health en 1995.

Le modèle de pratique proposé par l'approche LAC a fait l'objet de certaines critiques concernant notamment son objectivité, son format et les préjugés sociaux perçus (Garrett, 1999 ; Knight et Caveney, 1998). Plus particulièrement, les évaluations réalisées au Royaume-Uni par l'entremise de Her Majesty's Inspectorate (Kufeldt *et al.*, 2007) ont révélé des faiblesses dans les différents outils proposés, entre autres concernant leur longueur globale, leur format et leur manque d'adéquation pour les enfants handicapés (Ward et Skuse, 2002). Cependant, à l'échelle internationale, la diffusion du modèle et de la philosophie LAC reçoit un accueil positif (Kufeldt *et al.*, 2000 ; Simard *et al.*, 2009 ; Wise, 1999), et les commentaires reçus des travailleurs sociaux et des gestionnaires démontrent la valeur des AAR en tant qu'outils de pratiques exemplaires pour l'enregistrement et l'examen des cas individuels d'enfants, ce qui, en retour, augmente la résilience et promeut des résultats positifs (Brandon *et al.*, 1999 ; Thoburn, Norford et Rashid, 2000).

Pour ce qui est de leur potentiel en tant qu'outils de collecte de données, il existe plusieurs exemples encourageants d'utilisation des AAR comme instruments de recherche dans le cadre d'études portant sur les besoins et les expériences des enfants placés en milieu substitut au Royaume-Uni (Brandon *et al.*, 1999 ; Thoburn, Norford et Rashid, 2000 ; Ward et Skuse, 2002), au Canada (Kufeldt *et al.*, 2007 ; Kufeldt *et al.*, 2003) et en Australie (Fernandez, 2006). Depuis 1997, une version modifiée des AAR, AAR-C2 (Flynn et Ghazal, 2001), est également utilisée afin de documenter les résultats pour d'importants échantillons d'enfants placés au Canada. Toutefois, en Angleterre et au Royaume-Uni, des problèmes de mise en œuvre ainsi que des difficultés à extraire et agréger les données consignées sur papier ont entraîné l'échec des efforts visant à fournir des données LAC agrégées aux fins de planification et d'élaboration de politiques nationales et locales (Bailey, Thoburn et Wakeham, 2002 ; Skuse, Macdonald et Ward, 2001)<sup>2</sup>.

---

2. Wise et Argus (2010) exposent la façon dont les forces de l'approche LAC ont été intégrées à un nouveau modèle au Royaume-Uni : le nouvel Integrated Children's System (ICS).

### **6.3. LA MISE EN ŒUVRE DE LAC DANS L'ÉTAT DE VICTORIA, EN AUSTRALIE**

Un processus de mise en œuvre en collaboration est en cours depuis 2002 dans l'État de Victoria. Il vise à utiliser le système LAC comme un outil de pratiques pour orienter l'évaluation systématique des besoins développementaux des enfants placés en famille d'accueil et en établissement, et pour améliorer la prestation de services et l'intervention visant à répondre aux besoins définis (Champion et Burke, 2006 ; Wise et Champion, 2011).

Le système LAC peut être adapté aux fins d'utilisation dans d'autres pays, sous réserve de l'obtention d'une licence d'un gouvernement et de consortiums universitaires basés au Royaume-Uni. Le DHS a obtenu sa propre licence afin de modifier les formulaires LAC d'origine en vue d'une utilisation locale. En 2004, la série de formulaires de planification et de révision est adaptée pour le système de soins en milieu substitué de l'État de Victoria. Plus particulièrement :

- les EIR1, EIR2 et PP1 sont remplacés par l'Essential Information Record (EIR) ;
- le Care Plan et le PP2 sont remplacés par le Care and Placement Plan ;
- le Review of Arrangements est remplacé par le Review of the Care and Placement Plan.

La version des AAR ayant été initialement mis en œuvre dans l'État de Victoria est une adaptation de la version d'origine entreprise par Barnardos Australia et l'Université de New South Wales, utilisée sous le nom de Projet LAC, en vertu d'un accord de sous-licence. Les adaptations des AAR d'origine réalisées par le Projet LAC de la Nouvelle-Galles du Sud sont relativement minimales. Ces adaptations ont pour but d'« australianiser » les formulaires en modifiant le contenu qui ne s'applique pas au contexte australien.

Cette version des AAR est utilisée en tant que solution temporaire. Il a toujours été prévu que cette série d'outils soit révisée en fonction de l'expérience de mise en œuvre initiale, afin de rendre le programme LAC plus pertinent dans le contexte de l'État de Victoria.



## **6.4. LE BESOIN DE REFONTE DES AAR DE LAC DANS L'ÉTAT DE VICTORIA**

Au début de 2009, le DHS de Victoria, direction générale du placement et du soutien, mandate Anglicare Victoria<sup>3</sup> pour créer une série des AAR unique et particulière à l'État de Victoria.

La refonte des AAR visait principalement à améliorer leur potentiel en tant qu'outils de collecte de données à des fins de gestion. Comme mentionné précédemment, le Canada est le seul pays qui exploite avec succès le potentiel de LAC afin de produire des données concernant de grands groupes d'enfants. Ce travail est entrepris dans le cadre de l'initiative nationale Looking After Children (CanLAC). CanLAC utilise une version des outils LAC désignée sous le nom d'AAR-C2, modifiée par des chercheurs de l'Université d'Ottawa (Flynn et Ghazal, 2001). L'expérience canadienne ainsi que les propres efforts de l'État de Victoria visant à rassembler, agréger et analyser les données LAC (Wise et Egggar, 2009) illustrent le besoin de réviser les outils LAC, afin d'améliorer l'uniformité du contenu dans tous les formats des AAR et la validité du contenu, ainsi que d'ajouter des mesures qui peuvent être comparées à celles de la population en général.

Outre les critiques relatives à la longueur et au format, plusieurs enjeux propres au système de soins en milieu substitut de l'État de Victoria justifient une refonte et une adaptation plus poussées des AAR. Cette adaptation concerne l'adéquation des outils aux fins d'utilisation auprès des usagers aborigènes et d'autres groupes spéciaux (tels que les enfants confiés à des membres de leur famille, les enfants issus de milieux culturels et linguistiques différents et les enfants handicapés). L'adaptation a aussi pour objectif d'éviter la duplication de la collecte et de la saisie des données avec les documents existants dans le système de soins en milieu substitut de l'État de Victoria. Finalement, les AAR ont été élaborés il y a plus de vingt ans ; leur contenu doit être actualisé afin de prendre en compte les connaissances actuelles concernant le développement de l'enfant, les bonnes pratiques parentales et les besoins des enfants.

---

3. Anglicare Victoria offre un réseau de services communautaires dans plus de 40 endroits situés dans des secteurs métropolitains et non métropolitains. Anglicare Victoria est l'un des plus importants fournisseurs de services de placement et de soutien de l'État.

## **6.5. LE PROJET DE REFONTE DES ARR DE LOOKING AFTER CHILDREN**

### **6.5.1. MÉTHODE**

Afin d'atteindre le but général du projet qui est d'améliorer les pratiques et la capacité de communication des résultats des AAR, quatre processus distincts de consultations ont été entrepris afin de clarifier les modifications à apporter aux AAR. La première consultation, menée par l'Anglicare Victoria, portait sur les questions de pratiques générales et les problèmes liés à la collecte de données, auprès de divers praticiens, parents d'accueil, fonctionnaires et représentants des organisations professionnelles de protection de l'enfance et de soins en milieu substitut. La seconde, réalisée par la CREATE Foundation<sup>4</sup> auprès de 21 jeunes âgés de 14 à 22 ans, sollicitait leurs commentaires sur le contenu des outils utilisés pour les jeunes âgés de 15 ans et plus (CREATE Foundation, 2009). La troisième consultation, dirigée par le Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care (SNAICC<sup>5</sup>), a pris la forme de discussions de groupes auprès des praticiens et des représentants d'organismes dirigés par la communauté aborigène qui offrent des services de soins en milieu substitut, et portait sur la pertinence culturelle du AAR avec des enfants aborigènes (Liebesman, 2009). Finalement, le DHS a conduit un sondage électronique de rétroaction par l'entremise des chefs de la direction et des directeurs régionaux de tous les OSC qui offrent des services de placement en milieu substitut, des travailleurs régionaux du DHS chargés de la promotion de la qualité et des directeurs de la protection de l'enfance. En tout, 47 formulaires ont été remplis dans le cadre de ce processus de consultation, constituant un échantillon représentatif des parties prenantes de LAC.

La totalité des commentaires reçus dans le cadre de ces quatre processus de consultation est analysée afin de déterminer les modifications à apporter aux AAR pour soutenir les pratiques exemplaires et produire des données fiables à des fins de gestion.

---

4. La CREATE Foundation est un organisme national sans but lucratif qui offre des programmes et du soutien visant à créer une meilleure vie pour les enfants pris en charge.

5. Le SNAICC est l'organisation professionnelle nationale non gouvernementale en Australie qui représente les intérêts des enfants et des familles aborigènes et habitants des îles du détroit de Torres.

### 6.5.2. RÉSULTATS DE LA CONSULTATION

Les processus de consultation génèrent bon nombre de commentaires portant sur les problèmes auxquels font face les intervenants, les parents d'accueil et les jeunes relativement aux AAR. Par exemple, tous s'entendent pour dire qu'il existe des chevauchements considérables entre les AAR et les autres outils du programme LAC : en particulier, le EIR et le Care and Placement Plan. En outre, les éléments concernant la sécurité des milieux de vie documentée dans la dimension « Santé » des AAR constituent une répétition de la vérification du domicile et de la sécurité que les travailleurs sociaux des agences doivent effectuer annuellement.

En ce qui a trait aux versions des ARR pour les jeunes de 10 à 14 ans et de 15 ans et plus, les intervenants sont préoccupés par la collecte de renseignements délicats liés à la sexualité, la contraception, la grossesse, la criminalité et la toxicomanie. De plus, des commentaires recueillis ont trait à la nécessité d'un ensemble d'éléments plus complets pour mesurer le degré de préparation d'un jeune à l'autonomie dans la version 15 ans et plus.

Aussi, plusieurs faiblesses relatives à la conception et à la présentation des AAR sont décelées. Le processus de consultation révèle nettement que l'aspect général de l'outil rebute les enfants, les adolescents et leurs parents d'accueil. La longueur considérable de l'outil, l'utilisation d'un texte trop lourd et le langage formel et technique sont d'autres critiques qui ont été signalées.

Les outils sont considérés comme sensibles aux besoins des enfants issus de milieux culturels et linguistiques différents. Toutefois, les consultations menées auprès des organismes gérés par la communauté aborigène révèlent que certains éléments seraient racistes ou insensibles à l'égard des enfants et des jeunes aborigènes. Des lacunes sont décelées en ce qui concerne les items qui mesurent l'adéquation culturelle des soins offerts aux enfants ou la façon dont les enfants aborigènes demeurent en lien avec leur famille élargie, leur pays, leurs activités culturelles, ainsi que l'intégration de la culture et des pratiques aborigènes dans les soins quotidiens offerts aux enfants.

En ce qui a trait au format de la collecte d'informations, les intervenants consultés estiment généralement qu'un espace devait être fourni pour donner une description plus qualitative du progrès des enfants, en particulier des enfants handicapés. Ils estiment également qu'il devrait y avoir un plus grand nombre d'éléments qui mettent l'accent sur les forces des enfants, les aspects positifs de leur adaptation et de leur fonctionnement, de même que des éléments qui pourraient permettre une comparaison

de leur progrès avec celui de la population générale d'enfants de l'État de Victoria. Un examen du contenu des outils utilisés par le Department of Education and Early Childhood Development (DEECD) de l'État de Victoria et des enquêtes nationales sur le développement des enfants révèlent quelques lacunes importantes, concernant notamment les indicateurs des habitudes de sommeil sécuritaires pour les jeunes enfants, l'utilisation des médias électroniques et la fréquentation des services de garde.

Le processus de consultation met aussi en lumière une mauvaise pratique relative à la collecte des informations. On déplore notamment un manque de participation des différents membres de l'équipe de soins, y compris des jeunes. Il ressort également que le but et l'intention des AAR ne sont pas clairs pour toutes les personnes qui les utilisent. Les consultations révèlent aussi que les AAR ne sont pas bien intégrés dans les pratiques au sein des organismes gérés par la communauté aborigène.

### **6.5.3. MODIFICATIONS AUX AAR**

Les commentaires recueillis dans le cadre de cette vaste consultation ainsi que les modifications apportées aux versions des AAR utilisées au Royaume-Uni et au Canada ont orienté plusieurs des modifications apportées à la conception et au contenu des outils développés dans l'État de Victoria.

#### **6.5.3.1. Changements apportés au contenu**

Le nom des AAR est changé pour Assessment and Progress Record (APR). Des directives sont ajoutées au début des outils précisant la raison justifiant l'ajout de certains éléments, les directives portant sur la manière de remplir ces éléments, la personne chargée de répondre à chaque section et la façon d'aborder les questions délicates avec les enfants et les adolescents, et ce, dans le but de faciliter les processus de collecte et d'enregistrement des informations.

Plusieurs items sont légèrement modifiés ou reformulés dans le but de faciliter la comparaison entre les différents groupes d'âge, de « victorianiser » le langage, de composer avec les ambiguïtés ou de conserver l'uniformité des codes de réponses avec ceux des systèmes d'information électroniques du DHS. Plusieurs éléments ou ensembles d'éléments sont remplacés pour renforcer la validité des mesures ou pour améliorer la comparabilité des données. La modification la plus importante consiste à remplacer les éléments mesurant les

difficultés affectives par le questionnaire, largement utilisé, sur les points forts et les points faibles (The Strengths and Difficulties Questionnaire) (Goodman, 2001), pour les enfants de 3 à 17 ans. De nouveaux éléments sont aussi ajoutés pour mesurer la fréquentation des services de garde, l'utilisation des médias électroniques par les enfants et les habitudes de sommeil des jeunes enfants.

En outre, plusieurs nouveaux items visant à améliorer l'équilibre entre les déficits développementaux et les problèmes cliniques ou à fournir une image plus précise des expériences de vie, des forces et des aspirations des enfants ont été ajoutés. Dans le domaine de l'éducation, par exemple, un espace est prévu pour que les jeunes décrivent leurs aspirations en matière d'éducation et indiquent s'ils désirent acquérir de nouvelles compétences ou se joindre à des activités.

Partout dans le document, un espace est maintenant alloué pour donner des détails sur les choix de réponse proposés. Cela inclut les informations concernant l'évolution des jeunes et la façon de soutenir leur développement données par les parents d'accueil, les intervenants et les jeunes eux-mêmes.

### **6.5.3.2. Changements structurels**

Les éléments liés aux actions à entreprendre présents dans la version originale des AAR sont supprimés. Ainsi, l'outil qui auparavant visait à faciliter la planification de la réponse aux besoins des enfants devient un outil servant simplement à évaluer et à surveiller ces aspects. Cette stratégie est conçue pour réduire les chevauchements entre les outils d'évaluation proposés par l'approche LAC et ceux portant sur la planification de l'intervention. Finalement, l'ordre de présentation des domaines de vie LAC est modifié à des fins d'uniformité avec les autres outils utilisés dans l'État de Victoria après la mise en œuvre du Best Interest Case Practice Framework<sup>6</sup>.

---

6. Le Best Interest Case Practice Framework fournit une base facilitant le travail auprès des enfants, y compris les enfants à naître, les adolescents et les familles bénéficiant de services à la famille, de services de protection de l'enfance, de placement et de soutien.

### **6.5.3.3. Changements relatifs à l'enregistrement du processus d'évaluation et à la validation de l'évaluation**

Dans la version originale des outils, à la fin de chacune des sections, les personnes consultées dans l'évaluation devaient indiquer leur degré d'accord avec l'évaluation de l'atteinte des différents objectifs de développement de l'enfant. Cette exigence est maintenant remplacée par un espace permettant aux intervenants des agences d'indiquer si l'un ou l'autre des membres de l'équipe de soins<sup>7</sup> est en désaccord au sujet de l'évaluation sommaire et d'expliquer le motif de ce désaccord. Un élément a également été ajouté à la fin de la section portant sur le résumé des objectifs, afin d'inviter les intervenants à indiquer tout changement observé depuis la dernière évaluation. Cinq éléments sont aussi ajoutés à la fin du APR pour documenter la façon dont l'outil a été rempli.

### **6.5.3.4. Pertinence pour la culture aborigène**

Les changements visant à améliorer la pertinence des outils pour la culture aborigène comprennent quelques ajustements de la terminologie utilisée, des conseils pratiques au sujet de ce qui doit être considéré lorsque l'on planifie le placement d'enfants ou d'adolescents aborigènes ainsi que des invitations à lier la planification culturelle aux processus LAC. Sont également ajoutés trois nouveaux éléments axés sur l'identité culturelle aborigène. Ces éléments sont inspirés des questions portant sur les enfants des Premières Nations qui figurent dans la dimension « Identité » des AAR utilisés au Canada.

### **6.5.3.5. Changements apportés à la conception**

L'aspect visuel du APR a fait l'objet d'une refonte importante dans le but d'y conférer un aspect nouveau, agréable et créatif pour faciliter son utilisation. Les onglets ajoutés du côté droit de chaque page facilitent le travail ; des éléments de conception ont été utilisés pour rejoindre les enfants et les adolescents, et une meilleure mise en forme ainsi que l'utilisation d'illustrations améliorent la fonctionnalité des outils. Le texte qui figurait initialement dans les marges de gauche a été abrégé, révisé ou actualisé dans l'ensemble du document. La taille de la police est également augmentée pour une meilleure visibilité, lisibilité et fonctionnalité. L'APR est créé à l'aide de zones

---

7. L'équipe de soins est composée d'un parent d'accueil, du travailleur social de l'agence, du travailleur des services de protection de l'enfance, des parents biologiques (sauf si cela n'est pas approprié) et de tout autre adulte important pour l'enfant ou l'adolescent.

de texte PDF modifiables. Ainsi, les utilisateurs peuvent remplir le formulaire de façon électronique. Une page tirée de la section « Éducation » du APR pour les 10 à 14 ans est présentée à la figure 6.2.

## **6.6. LA MISE EN ŒUVRE DES NOUVEAUX APR DANS L'ÉTAT DE VICTORIA**

Depuis le 30 juin 2010, les organismes de services communautaires sont tenus de cesser d'utiliser les AAR d'origine et de les remplacer par les nouveaux APR. À l'appui de la mise en œuvre, une formation est offerte par l'Anglicare Victoria, grâce au financement fourni par le DHS<sup>8</sup>.

Les processus visant à orienter les politiques à l'aide des données recueillies dans les APR sont entamés. Au moment de la rédaction du présent chapitre, les données provenant de 505 APR remplis en 2010-2011 ont été recueillies et enregistrées dans une nouvelle base de données LAC à côté des données AAR recueillies en 2008 et en 2009-2010. Les conclusions des analyses réalisées à partir de cette banque de données seront publiées par le Department of Human Services (Wise, à paraître).

Les commentaires des praticiens qui ont participé au nouveau programme de formation LAC portant sur les APR sont très encourageants. Plus particulièrement, il semble que davantage de jeunes participent aux processus du programme LAC et s'expriment à propos d'eux-mêmes. En effet, un travailleur social souligne que « [le jeune] *ne voulait pas entreprendre le programme, mais après l'avoir commencé, il voulait continuer* ». De nouveaux éléments concernant les jeunes qui quittent les soins d'accueil semblent également améliorer ce processus en favorisant la définition des besoins et la préparation inhérente à cette transition (p. ex., l'apprentissage des tâches domestiques, les connaissances liées au logement et aux services, et les compétences en gestion de temps).

Les professionnels indiquent qu'ils ont une plus grande latitude pour faire appel à différents membres de l'équipe de soins, qu'ils savent mieux désigner les personnes responsables de remplir les différentes sections et qu'ils manifestent un plus grand enthousiasme lorsqu'ils entreprennent la collecte et la saisie des données. Un travailleur social déclare : « *Cela ne me dérange pas de le faire maintenant. J'éprouve un certain plaisir à le faire maintenant. Je recueille les données de tous mes usagers maintenant.* »

---

8. Le contenu de cette formation constituera une composante de la formation continue offerte par les OSC aux employés et dispensateurs de soins, de même qu'aux travailleurs des services de protection de l'enfance du DHS, dans le cadre de leurs séances d'orientation.

**Figure 6.2 – Extrait de la section « Éducation » de l'Assessment and Progress Record (APR) des 10 à 14 ans**

HEALTH
EMOTIONAL & BEHAVIOURAL
EDUCATION
FAMILY & SOCIAL
IDENTITY
SOCIAL PRESENTATION
SELF-CARE SKILLS

**E25. On average, how much time per day do you watch TV or videos/DVDs, or play electronic games?**

Less than 30 minutes

Between 30 minutes and 1 hour

Between 1 and 2 hours

Between 2 and 3 hours

3 hours or more

**E26. Do you have a satisfactory place\* for homework or quiet study?**

Yes

No

\*A satisfactory place is somewhere with enough space and light and a suitable chair and table. It should be somewhere not too noisy for you to concentrate and where you are not constantly interrupted by other people.

**E27. How often do you read for fun (not for school)?**

Every day

A few times a week

Once a week

A few times a month

Less than once a month

Almost never

**E28. Who regularly supports you with your homework (eg. provides support with Maths, English and sees that homework is done)?**

*It is important that an adult takes an interest in your homework making sure that you have enough things like pens, paper and pencils and giving you help when you need it.*

*If you are having difficulties with any of your school work, particularly reading or writing, this is a good time to talk to someone. Your teacher and/or caregiver might be able to help you with this.*

**E29. Do you have a learning difficulty?**

Yes

No > Go to Question E32

Not sure/currently waiting for an assessment

Don't know

\*A young person may have learning difficulties if s/he finds it difficult to carry out tasks that most young people of the same age can do easily.

**E30. If difficulties have been identified, what extra help are you getting?**

**E31. Do you need specialist learning materials or equipment (eg. the use of a computer or materials in Braille) at school or at home?**

Yes

No

Not sure

**E32. Do you, your parents, your teacher and your caregiver(s) all think you are doing as well as you can at school?**

	Yes	No	Not sure
You	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Birth parent(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carer(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**E33. Have you discussed the subjects you will be taking and your plans for the future?**

Not applicable – not old enough

Yes, with parent(s)

Yes, with carer(s)

Yes, with teachers

No

18

Looking after Children Assessment & Progress Record – Ten to fourteen years

Source : Royaume-Uni. Department of Health, 1995. Matériel appartenant à British Crown et adapté pour utilisation dans l'État de Victoria (Australie) par le Victorian Department of Human Services du Government of Victoria, le tout selon l'accord commercial avec le contrôleur d'Her Majesty's Stationary Office, de l'University of Loughborough et du Department of Children, Schools and Families (Angleterre).



La simplification des processus de collecte et de saisie des données, ainsi que le format plus convivial et agréable de l'outil constituent, selon les intervenants, de grandes améliorations.

## **CONCLUSION**

Après la fin du projet de refonte des AAR du programme LAC et près d'une décennie après la mise en œuvre initiale du programme LAC dans tout l'État de Victoria, tous les aspects du cadre d'origine ont été adaptés de façon ciblée au contexte précis des politiques et pratiques en vigueur dans cet État. Les améliorations apportées au contenu et à la conception des outils, lesquelles ont été orientées par les commentaires des personnes qui les utilisent, semblent avoir renforcé leur utilité en tant qu'outils cliniques et en tant qu'outils servant à recueillir des données agrégées en vue d'une prise de décision objective et stratégique.

## BIBLIOGRAPHIE

- AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS – ABS (2011). « *Australian Demographic Statistics*, March 2011 », Cat. n° 3101.0, Canberra, ABS.
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE – AIHW (2011). « *Child Protection Australia 2010-11* », *Child Welfare Series*, n° 53, Cat. n° CWS 41, Canberra, AIHW.
- BAILEY, S., THOBURN, J. et H. WAKEHAM (2002). « Using the *Looking After Children* dimensions to collect aggregate data on wellbeing », *Child and Family Social Work*, vol. 7, n° 3, p. 189-201.
- BRANDON, M., LEWIS, A., THOBURN, J. et A. WAY (1999). *Safeguarding Children with the Children Act 1989*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- CHAMPION, R. et G. BURKE (2006). « Implementing Looking After Children as a collaborative practice and policy framework in Victoria, Australia », dans R.J. Flynn, P.M. Dudding et J.G. Barber (dir.), *Promoting Resilience in Child Welfare*, Ottawa, Université d'Ottawa, p. 368-389.
- CREATE FOUNDATION (2009). *Looking After Children Assessment and Action Records Consultation*, mars, rapport inédit du Department of Human Services, Victoria.
- FERNANDEZ, E. (2006). « Children's wellbeing in care : Evidence from a longitudinal examination of outcomes », communication présentée au VII<sup>e</sup> congrès de l'Association of Child Welfare, Agencies *Looking After Children*, « Positive futures. Achieving wellbeing for children and families », Sydney, 14-16 août.
- FLYNN, R.J. et H. GHAZAL (2001). *Looking After Children in Ontario : Good Parenting, Good Outcomes. Assessment and Action Records (Second Canadian adaptation, AAR-C2)*, Ottawa, Université d'Ottawa, Centre for Research on Community Services.
- GARRETT, P.M. (1999). « Mapping child-care social work in the final years of the twentieth century : A critical response to the Looking After Children system », *British Journal of Social Work*, vol. 29, n° 1, p. 27-47.
- GOODMAN, R. (2001). « Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, n° 11, p. 1337-1345.
- KNIGHT, T. et S. CAVENEY (1998). « Assessment and Action Records : Will they promote good parenting ? », *The British Journal of Social Work*, vol. 28, n° 1, p. 29-43.
- KUFELDT, K., CHEERS, D., KLEIN, R. et S. RIDEOUT (2007). *Looking After Children in Government Care in Australia and Canada. Final Report*, rapport inédit, Université du Nouveau-Brunswick, Barnardos, Université Memorial et Muriel McQueen Fergusson Family Violence Research Centre.
- KUFELDT, K., SIMARD, M., TITE, R. et J. VACHON (2003). « The Looking After Children in Canada Project : Educational outcomes », dans K. Kufeldt et B. McKenzie (dir.), *Child Welfare : Connecting Research, Policy and Practice*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, p. 177-190.
- KUFELDT, K., SIMARD, M., VACHON, J., BAKER, J. et A. TRACH-LYEE (2000). *Looking After Children in Canada : Final Report*, Fredericton, Université du Nouveau-Brunswick, Muriel McQueen Fergusson Centre for Family Violence Research.
- LIEBESMAN, T. (2009). *Report on the Looking After Children Assessment and Action Records*, décembre, rapport inédit préparé pour Anglicare Victoria.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH (1995). *Looking After Children : Assessment and Action Records, Essential Information Records, Care Plans, Placement Plan and Review Form*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.

- SIMARD, M.-C., POIRIER, M.-A., NOËL, V. et I. BOISVERT (2009). « The Looking After Children approach in four child protection centres in Quebec : The effects on the evolution of children in care », *An International Database and eJournal for Outcome-Evaluation and Research*, n° 1, <[http://outcomenetwork.org/paper/92:the\\_effect\\_of\\_the\\_looking\\_after\\_children\\_approach\\_on\\_the\\_development\\_of\\_children\\_in\\_foster\\_care\\_preliminary\\_data\\_from\\_four\\_quebec\\_youth\\_centres](http://outcomenetwork.org/paper/92:the_effect_of_the_looking_after_children_approach_on_the_development_of_children_in_foster_care_preliminary_data_from_four_quebec_youth_centres)>.
- SKUSE, T., MACDONALD, I. et H. WARD (2001). *Outcomes for Looked After Children*, troisième rapport intérimaire pour le Department of Health, *Looking After Children : Transforming Data into Management Information*, Loughborough, Centre for Child and Family Research.
- THOBURN, J., NORFORD, L. et S. RASHID (2000). *Permanent Family Placement for Children of Minority Ethnic Origin*, Londres, Jessica Kingsley Editors.
- WARD, H. et T. SKUSE (2002). *Transforming Data into Management Information : 1996-2001*, Loughborough, Centre for Child and Family Research.
- WISE, S. (1999). *The UK Looking After Children Approach in Australia*, rapport de recherche n° 2, Melbourne, Australian Institute of Family Studies.
- WISE, S. (à paraître). *The Looking After Children 2011 Outcomes Data Project*, rapport final présenté au Department of Human Services, Melbourne, Research Beautiful.
- WISE, S. et C. ARGUS (2010). *Measuring and Improving Outcomes : Final report from the Looking After Children Assessment and Action Record Redevelopment Project*, préparé pour le Department of Human Services Placement and Support Branch, Melbourne.
- WISE, S. et R. CHAMPION (2011). « Using Looking After Children data to link research to policy and practice in out-of-home care », dans K. Kufeldt et B. McKenzie (dir.), *Child Welfare : Connecting Research, Policy and Practice*, 2<sup>e</sup> éd., Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, p. 459-472.
- WISE, S. et S. EGGAR (2009). *The Looking After Children Outcomes Data Project*, rapport inédit préparé pour le Department of Human Services, Melbourne.



**SECTION 2** **LES ENFANTS  
EN SITUATION  
DE TRÈS GRANDE  
VULNÉRABILITÉ  
AU CANADA**

**LE DÉPLOIEMENT DU MODÈLE  
PROPOSÉ DANS LES PROVINCES**

---



# L'INITIATIVE AIDES

## UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LES BESOINS DES ENFANTS VULNÉRABLES

---

**Claire CHAMBERLAND, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal

**Carl LACHARITÉ, Ph. D.**

Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

**Danielle LESSARD, M.A.**

École de service social, Université de Montréal

**Louise LEMAY, Ph. D.**

Département de service social, Université de Sherbrooke

**Sarah DUFOUR, Ph. D.**

École de psychoéducation, Université de Montréal

**Marie-Ève CLÉMENT, Ph. D.**

Département de psychoéducation et de psychologie,  
Université du Québec en Outaouais

**Véronique BOUCHARD, M. Sc.**

École de service social, Université de Montréal

**Guyline FAFARD, B. Ps. Éd. et D.E.S.S.**

Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

**Stéphanie PLOURDE, M. Ps.**

Commission scolaire du Chemin-du-Roy

L'approche de protection des enfants pratiquée au Canada et au Québec présente des limites préoccupantes malgré l'effort consenti et certains récents développements : l'accès au soutien est encore limité, le nombre de signalements augmente et les systèmes en place éprouvent encore beaucoup de difficultés à diminuer les risques et les menaces qui compromettent sérieusement le développement des enfants, comme le démontre le taux élevé de récurrence (Hélie et Bouchard, 2010). L'intervention est surtout centrée sur la sécurité physique et affective de l'enfant, ainsi que sur la gestion de risque. D'ailleurs, de plus en plus d'auteurs recommandent d'aborder l'évaluation du risque d'une manière plus holistique, en prenant en compte les menaces non seulement actuelles, mais aussi futures de maltraitance, et d'intervenir au-delà des enjeux de sécurité, voire de permanence (Berger *et al.*, 2009 ; English *et al.*, 2002 ; Harden et Whittaker, 2011 ; Wulczyn *et al.*, 2006). Cependant, des changements émergent

dans le paysage québécois : une volonté accrue de se centrer sur le bien-être des enfants et de s'appuyer sur les forces, la mobilisation des parents et la concertation avec les partenaires institutionnels, intersectoriels et communautaires afin d'offrir des services et du soutien plus diversifiés (Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2011).

## **7.1. UNE APPROCHE EN ÉMERGENCE À EXPÉRIMENTER**

Compte tenu du fait que le système de protection de la jeunesse vient en aide à des enfants issus de contextes variés qui présentent des besoins différents en matière de protection, il requiert un continuum de services qui correspond à cette diversité. La vision holistique de l'enfant, de la famille et de la communauté, qui constitue un trait caractéristique de l'approche écosystémique de la protection de l'enfance, élargit le concept de réponse aux besoins en matière de protection en intégrant la promotion et la prévention au continuum de services. Cette vision holistique s'appuie sur un partenariat avec d'autres organisations poursuivant des missions qui chevauchent celle du système de protection de la jeunesse et dépend de la façon dont ces organisations sont structurées par rapport au système de protection (Wulczyn *et al.*, 2010, p. 4 ; traduction libre).

La planification du soutien aux familles doit viser plusieurs niveaux écologiques en fonction des besoins multiples et doit tenir compte des réalités passées, présentes et futures de l'enfant et de sa famille (Lacharité, Éthier et Nolin, 2006). Les objectifs poursuivis doivent être de nature différente : protéger les enfants des dangers susceptibles de menacer leur sécurité, réduire les séquelles, prévenir l'aggravation des situations en diminuant les facteurs de risque, notamment en fournissant une aide pour résoudre les difficultés personnelles, sociales et économiques des parents, et, enfin, fournir des occasions de développement, tant pour les enfants que pour leurs parents. En somme, les cibles d'action doivent être multiples : aide spécialisée, programmes préventifs, activités pour améliorer les conditions et les habitudes de vie des enfants et de leur famille, actions pour favoriser leur insertion sociale et économique (Jonson-Reid et Barth, 2000 ; Trocmé et Chamberland, 2003).

L'initiative AIDES, objet du présent chapitre, s'est grandement inspirée du modèle britannique. Ce chapitre présente brièvement l'initiative telle qu'implantée au Québec ainsi que certains résultats issus de l'évaluation de son implantation et de ses effets.



## **7.2. DESCRIPTION DE L'INITIATIVE AIDES**

L'initiative AIDES (Chamberland *et al.*, 2012a) propose l'implantation d'une solution novatrice, durable et complémentaire aux pratiques en cours dans les services sociaux de première ligne (centres de santé et de services sociaux [CSSS]) et de deuxième ligne (centres jeunesse [CJ]) en matière de protection et de prévention des mauvais traitements à l'endroit des enfants, et ce, afin d'améliorer le développement des enfants et leur sécurité.

### **7.2.1. MISSION ET OBJECTIFS**

AIDES vise à favoriser et à soutenir les démarches de collaboration entre les parents et l'ensemble des réseaux qui œuvrent auprès des enfants et de leur famille (p. ex., CSSS, CJ, services spécialisés, écoles, centres de la petite enfance [CPE]), sécurité publique, organismes communautaires) afin que, collectivement, ils puissent agir simultanément et plus efficacement sur les causes à l'origine de la victimisation. Plus précisément, les objectifs visent : 1) à assurer la sécurité des enfants, à favoriser leur développement optimal et à contribuer à leur avenir ; 2) à soutenir les figures parentales dans l'exercice de leurs responsabilités ; 3) à favoriser la participation des figures parentales et leur collaboration tout au long du processus d'intervention ainsi qu'au moment de prendre les décisions qui concernent l'enfant et la famille ; 4) à promouvoir un climat de collaboration qui appelle au décloisonnement des pratiques afin qu'elles deviennent plus complémentaires et cohérentes et à une meilleure coordination et intégration des interventions et des services ; et 5) à améliorer la capacité collective des communautés à contrer les nombreux facteurs qui menacent la sécurité et le développement des enfants et qui augmentent considérablement leurs chances d'emprunter des parcours de victimisation, de délinquance et de criminalité.

La théorie du changement sur laquelle reposent les actions découlant de l'initiative AIDES s'appuie sur deux cadres conceptuels abondamment validés sur le plan empirique : le modèle bioécologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1996 ; Bronfenbrenner et Ceci, 1994 ; Garbarino et Ganzel, 2000) et le modèle du pouvoir d'agir (Bickman *et al.*, 1998 ; Dunlap, 1997 ; Dunst et Trivette, 1996 ; Dunst, Trivette et Lapointe, 1994 ; Elizur, 1996 ; Heflinger *et al.*, 1997 ; McCallum et Prilleltensky, 1996 ; Resendez, Quist et Matshazi, 2000 ; Turnbull, Turbiville et Turnbull, 2000).

## **7.2.2. FAMILLES ET TERRITOIRES VISÉS**

AIDES s'adresse principalement aux enfants âgés de 9 ans et moins qui sont exposés à de multiples facteurs de risque. Les enfants doivent répondre à quatre critères d'inclusion : 1) être âgés au début de l'intervention de 9 ans et moins ; 2) recevoir (eux ou leurs parents) des services d'au moins deux établissements (p. ex., CJ et CSSS) ; 3) la situation familiale de ces enfants doit être suffisamment détériorée pour susciter des préoccupations importantes face à leur développement (p. ex., signalement au Directeur de la protection de la jeunesse ou indice de priorisation élevé en CSSS) ; et 4) le maintien en milieu naturel doit être l'orientation retenue dans le cadre des services proposés.

Quatre territoires de CSSS du réseau québécois de la santé et des services sociaux ont été ciblés pour l'implantation : un dans la région de Montréal (CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord), une dans la région de la Mauricie (CSSS de l'Énergie) et deux dans la région du Centre-du-Québec (CSSS de Drummond et CSSS Arthabaska-Érable). Les territoires ont été choisis en fonction notamment de leur niveau de besoin ou de la diversité des environnements sociaux et de services (urbains, semi-urbains et ruraux).

## **7.2.3. DÉMARCHE D'INTERVENTION PROPOSÉE DANS LE CADRE DE L'IMPLANTATION**

L'initiative concrétise sa mission et rend possible l'atteinte de ses objectifs en promouvant auprès des milieux de pratique l'utilisation des quatre moyens décrits ci-après.

### **7.2.3.1. Réaliser avec le parent et les partenaires des réseaux une analyse centrée sur l'ensemble des besoins de développement des enfants à l'aide du cadre d'analyse**

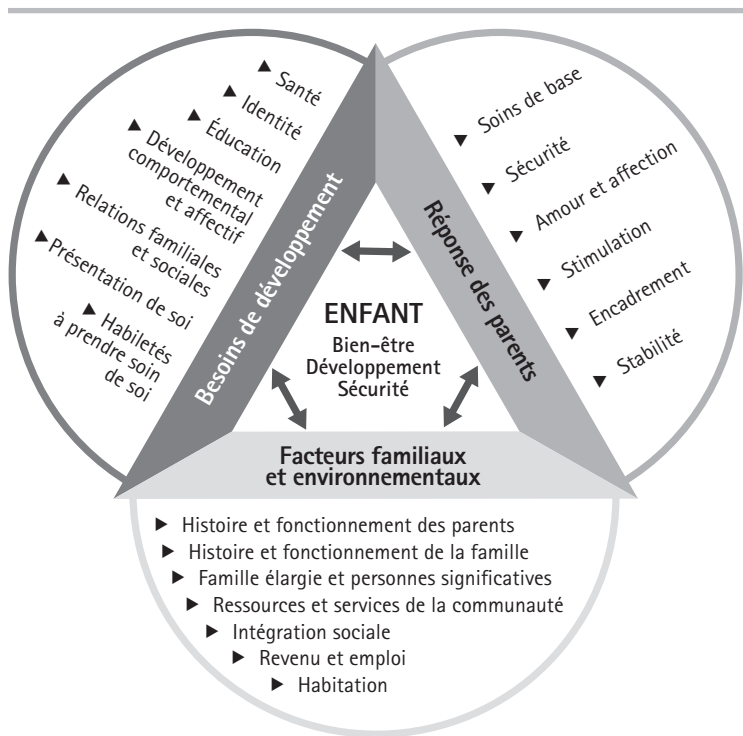
Le cadre d'analyse des besoins de développement présenté à la figure 7.1 permet d'obtenir un portrait juste et détaillé des besoins de développement applicables à tous les enfants, des capacités des figures parentales à les satisfaire et des facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins. Basé sur une approche écosystémique, il se compose de trois systèmes (enfant, parent, environnement familial et social), composés chacun de plusieurs dimensions et dont l'interdépendance permet d'obtenir une meilleure compréhension

de la situation des enfants, de dresser un portrait plus précis des facteurs de risque et de protection présents dans leur vie et, en fin de compte, de cibler les interventions et les services les plus appropriés pour assurer leur sécurité et leur bien-être.

L'adaptation du cadre de référence britannique au contexte québécois a entraîné le retrait du terme *évaluation* au profit de celui d'*analyse*. Cette décision a été motivée par le désir de promouvoir une approche axée sur la réflexion plutôt que sur le jugement de la part de ses utilisateurs.

Lors de l'intervention, l'illustration de ce cadre est utilisée afin de favoriser le partage avec les figures parentales. Cet outil convivial permet de démarrer les discussions autour des besoins de l'enfant. L'expérience montre qu'il a été grandement apprécié par les figures parentales et les intervenants (Chamberland *et al.*, 2012a).

**Figure 7.1 – Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants**



### **7.2.3.2. Remplir avec le parent un CABE en fonction de l'âge de l'enfant**

AIDES vise l'utilisation du Core Assessment, qui a été adapté et traduit sous le nom de CABE (Cahier d'analyse des besoins de l'enfant). Ce cahier est pratique, structuré et complet. Il est à l'usage de la figure parentale, de son intervenant et de toutes les personnes susceptibles de contribuer à la compréhension des besoins de l'enfant. Il est conçu pour explorer à l'aide d'énoncés chacune des dimensions des trois systèmes du cadre d'analyse. Ainsi, il permet de dresser un portrait juste et détaillé des besoins de développement de l'enfant selon sept dimensions (santé, éducation, développement comportemental et affectif, identité, relations familiales et sociales, présentation de soi, habiletés à prendre soin de soi). Le CABE est disponible pour les six groupes d'âge mentionnés précédemment. Dans le cadre de l'implantation de l'initiative AIDES, les quatre cahiers de la période prénatale à 5-10 ans sont utilisés. Chacune des dimensions comporte des énoncés qui tiennent compte des défis et de l'étape de développement des enfants de ce groupe d'âge. De plus, des annotations offrent des repères en lien avec le développement de l'enfant, ce qui permet d'alimenter les discussions entre les figures parentales et les intervenants. Le CABE assure que chacune des sept dimensions ne soit pas oubliée par l'intervenant ; il structure l'analyse afin que la lecture des besoins des enfants soit complète.

### **7.2.3.3. Utiliser une approche participative avec les figures parentales à toutes les étapes de l'intervention**

L'approche participative est un élément central de l'initiative AIDES. Par exemple, le choix de la dimension qui sera explorée lors de la rencontre est déterminé conjointement par l'intervenant et les figures parentales, en fonction de leurs préoccupations comme parents, des forces de l'enfant, d'un aspect qui fait consensus ou encore de certaines conditions environnementales particulières qui les préoccupent. Le langage utilisé pendant que le CABE est rempli doit être accessible pour les figures parentales : les notes rédigées dans le CABE sont en conformité avec les propos utilisés par ces derniers. Finalement, les désaccords sont abordés de façon à permettre aux figures parentales d'exprimer leurs points de vue, leurs croyances et leurs attentes.

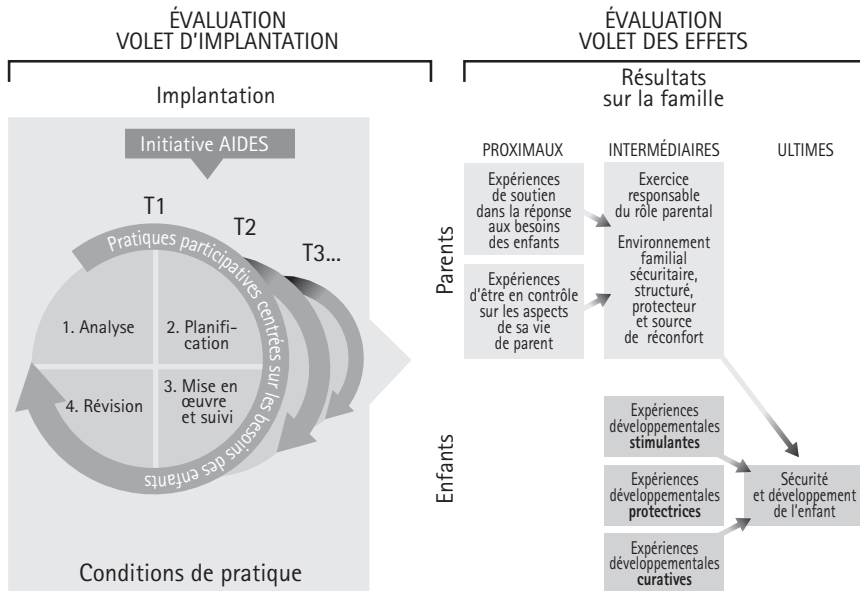
#### **7.2.3.4. Intégrer le parent et les partenaires et mettre en place un plan d'action**

Les informations recueillies dans le CABE ainsi que les questions soulevées permettent d'enrichir la discussion, de mieux comprendre les besoins de l'enfant et de faire ressortir le rôle des services actuellement offerts ou qui pourraient être offerts à l'enfant. Ainsi, il favorise l'élaboration d'un plan d'action qui se compose d'un plan d'intervention (PI) et d'un plan de services individualisé (PSI). Les démarches de collaboration entre l'enfant, les parents et les partenaires des différents organismes et réseaux de services devraient, en général, mener à la planification et à la mise en œuvre d'un PSI (Lemay, 2007) pour tous les enfants ciblés par le projet pour lesquels des besoins complexes sont présents et lorsque la situation le requiert. Enfin, en concertation avec les milieux de pratique, l'équipe de recherche planifie, pour les différents territoires implantant AIDES, des rencontres d'échanges et d'incitation, des formations, des rencontres de codéveloppement ainsi que des rencontres individuelles.

### **7.3. RECHERCHE ÉVALUATIVE DE L'INITIATIVE AIDES : MÉTHODE**

Le projet de recherche évalue l'implantation et l'efficacité de l'initiative AIDES dans ses quatre territoires d'implantation au Québec. Le volet évaluation d'implantation s'effectue à l'aide d'une approche inductive et d'un devis qualitatif. Il s'intéresse à la conformité entre l'expérimentation prévue et réalisée et à l'appréciation de l'implantation de l'initiative AIDES par les intervenants et les autres acteurs concernés (conditions de pratiques, perceptions des participants des moyens promus par AIDES). Le volet évaluation des effets procède par une approche hypothético-déductive et un devis quantitatif de type quasi expérimental. Les hypothèses font référence aux effets différentiels proximaux (amélioration de la qualité de la collaboration, des pratiques d'aide et du contrôle des parents sur les décisions) ; aux effets intermédiaires (amélioration de l'adaptation et de l'exercice du rôle parental ainsi que de l'environnement familial) ; ainsi qu'aux effets ultimes (développement émotionnel et comportemental, cognitif et langagier, victimisation). La figure 7.2 présente le modèle logique des effets de l'initiative AIDES.

**Figure 7.2 – Modèle logique de l'évaluation de l'initiative AIDES**



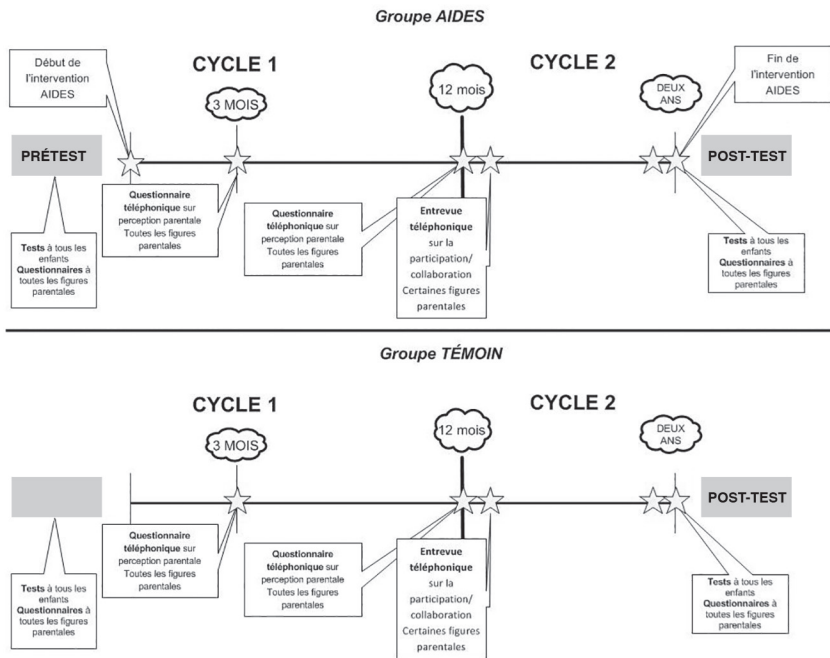
**7.3.1. RECRUTEMENT DES FAMILLES**

Le recrutement des familles s'est déroulé entre juillet 2008 et avril 2010 et a permis de rejoindre 184 enfants. Le tableau 7.1 montre la répartition des enfants recrutés dans le groupe AIDES et le groupe témoin selon qu'ils reçoivent des services d'un CJ ou d'un CSSS. C'est 80 % de l'échantillon initialement prévu qui a été constitué. Le choix des quatre territoires témoins repose sur leur similitude avec les territoires AIDES sur un ensemble d'indicateurs : familles avec trois enfants et plus ; familles monoparentales ; familles à faible revenu ; population 15-64 ans ayant un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année ; taux de chômage.

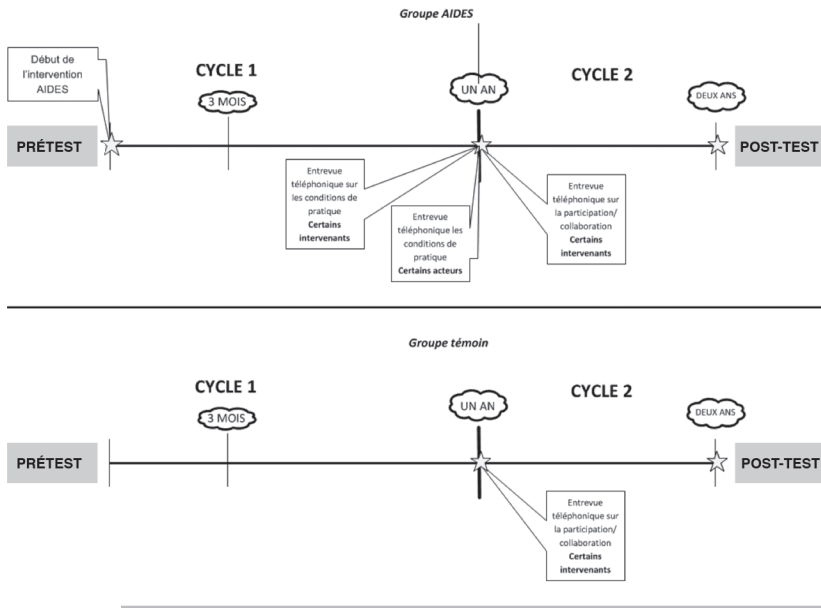
**Tableau 7.1 – Enfants/parents recrutés selon les milieux de pratique pour les groupes AIDES et témoins entre le 1<sup>er</sup> juin 2008 et mars 2010**

Milieux de pratique	AIDES	Témoin	Total
CSSS	42	39	81
CJ	57	46	103
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>85</b>	<b>184</b>

**Figure 7.3 – Prises de mesures réalisées auprès des enfants et de leurs figures parentales du groupe AIDES et du groupe témoin**



**Figure 7.4 – Prises de mesures réalisées auprès des intervenants et des autres acteurs du groupe AIDES et du groupe témoin**



### 7.3.2. INSTRUMENTS ET COLLECTE DES DONNÉES

La méthode de collecte des données pour l'évaluation d'implantation procède par des entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne de 30 minutes réalisées auprès de figures parentales, d'intervenants assignés et d'autres acteurs (gestionnaires, chefs de service, superviseur clinique). De plus, les activités de codéveloppement en soutien aux intervenants (39 sessions d'une durée moyenne de 2 heures) ont été enregistrées et ont également fait l'objet d'une analyse qualitative. L'évaluation des effets s'est effectuée, quant à elle, à l'aide de différents instruments standardisés. Les effets proximaux sont mesurés par trois questionnaires sur les pratiques d'aide (QPA), la collaboration parent-professionnel (QCPP) ainsi que l'Échelle sur le contrôle face aux services. Les effets intermédiaires sont évalués à l'aide de l'Index de stress parental (ISP), l'Inventaire de soutien familial (ISF), le Child Abuse Potential Inventory (CAPI) et le Home Observation for Measurement of the Environment (HOME).



Enfin, les effets ultimes sont appréciés à l'aide de la Grille d'évaluation du développement des enfants (GED) pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, de l'Échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP) pour les enfants de 5 à 9 ans et enfin du Child Behavior Checklist (CBCL). Les figures 7.3 et 7.4 décrivent les prises de mesures d'implantation et d'effets dans le temps.

## **7.4. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION**

### **7.4.1. ÉVALUATION D'IMPLANTATION**

#### **7.4.1.1. Portrait des familles rejointes**

En premier lieu, les résultats montrent que l'initiative AIDES permet de rejoindre la population de familles qui était visée. Le portrait qui se dégage des deux groupes lors du prétest met en évidence la complexité des besoins des familles qui ont participé à l'étude. Environ une famille sur deux est monoparentale et a accès à des revenus annuels de moins de 15 000 \$. La scolarité de six répondants sur dix est inférieure à une neuvième année. Plus du tiers des familles ont trois enfants et plus. Un enfant sur trois âgés de 5 ans et moins présente des retards cognitifs/langagiers et environ un enfant sur cinq présente des problèmes socioaffectifs. Près de la moitié des parents rapportent des problèmes internalisés ou externalisés chez leur enfant. Comparativement à la population générale, le stress parental est huit fois plus élevé chez les parents recrutés dans les CSSS, et la perception de l'insuffisance du soutien du réseau public est onze fois plus importante chez les parents recrutés en CJ. La négligence est la problématique la plus courante. Seulement 32 % des enfants recrutés en CSSS n'ont pas été signalés ou n'ont pas eu un dossier en protection de la jeunesse durant la période du projet ou un an avant ; la sécurité et le développement de 24 % de ces enfants ont été jugés compromis durant la période où l'initiative a été implantée. Notons que malgré le fait que ces familles reçoivent en moyenne beaucoup de services, tant pour l'enfant, le parent ou l'ensemble de la famille (p. ex., quatre parents CJ reçoivent chacun des services de trois organisations et plus), près de trois quarts des parents perçoivent être peu soutenus. En bref, ces résultats montrent que l'initiative permet de rejoindre la population visée, soit celle pour qui les défis d'intervention sont parmi les plus élevés et le partenariat interorganisationnel et la concertation, une nécessité (Chamberland *et al.*, 2012a).

#### **7.4.1.2. Conformité aux moyens promus par AIDES : création du groupe AIDES+**

La qualité de l'implantation de l'initiative AIDES varie considérablement d'un site d'implantation à l'autre ainsi que d'un intervenant à l'autre, ce qui entraîne une variabilité dans les degrés d'exposition des enfants et des parents à l'initiative.

Pour les besoins de l'analyse des effets, un sous-groupe nommé AIDES+ est créé. Les dossiers d'enfants faisant partie de ce groupe sont sélectionnés sur la base de leur niveau de conformité à l'initiative AIDES telle que prescrite au départ. La conformité a été établie à partir de deux dimensions : 1) le degré de remplissage du CABE ; 2) le degré d'exposition et de soutien de l'intervenant assigné. Au terme de l'analyse des dossiers à l'aide de ces deux dimensions, 44 dossiers sont retenus. Il s'agit de ceux dont les CABE obtiennent un score de 50 % à la dimension qualitative (qualité du remplissage du CABE) ou ceux dont l'intervenant assigné au dossier de l'enfant obtient un score d'exposition de 3 et plus sur une échelle de 1 (très peu exposé) à 5 (très exposé), ou ceux qui répondent à ces deux possibilités. Cette dimension est évaluée sur la base de critères tels que : type et nombre d'activités de soutien auxquels il a participé, nombre de familles suivies dans le cadre du projet, nombre de CABE qu'il a remplis.

#### **7.4.1.3. Points de vue des parents sur les pratiques professionnelles**

L'examen des pratiques professionnelles favorables expérimentées dans les deux groupes permet de constater que plusieurs sont cohérentes avec certains principes d'action propres à une approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des parents, notamment : 1) les pratiques qui témoignent de la vision positive (p. ex., se centrer sur l'humain, l'unicité de la personne, son côté normal) et de la posture collaborative de l'intervenant (p. ex., s'adapter ou « se mettre au niveau », accueillir la critique, ne pas blâmer ni abaisser) ; 2) le soutien à la conscientisation permettant au parent de changer de point de vue sur sa situation ou sur lui-même (p. ex., relativiser sa responsabilité individuelle au regard des problèmes) ; 3) le soutien à la prise de décision autonome ou à la recherche de consensus (p. ex., partager son opinion, mais laisser décider) ; 4) la recherche de solutions (p. ex., se centrer davantage sur les solutions que sur les torts) ; 5) l'accompagnement et la mobilisation (p. ex., un meilleur accès aux ressources) ; et, enfin, 6) une offre de soutien rapide, ajusté et continu (p. ex., un soutien variable, continu, ajusté aux situations particulières des personnes).

Bien que les pratiques professionnelles implantées soient comparables dans les deux groupes, le recours aux outils promus dans le cadre d'AIDES renforce certaines pratiques professionnelles particulièrement favorables au développement du pouvoir d'agir des parents. Premièrement, le recours à l'outil favorise l'adoption d'une vision positive du parent par l'intervenant et d'une posture de non-expert, car il permet : 1) de se centrer sur les forces ; 2) de créer une occasion de mobilisation, de dialogue et d'écoute ; et 3) d'offrir une occasion d'apprendre ensemble. Deuxièmement, recourir à un « intermédiaire » entre le parent et l'intervenant permet de procurer des informations objectives et dépersonnalisées, de diminuer le rapport asymétrique et l'affrontement, et procure des effets de prises de conscience. En retour, ces prises de conscience favorisent chez les parents un mouvement de remise en question qui soutient leur volonté d'agir en vue du changement.

Enfin, mentionnons un défi à relever au regard de l'utilisation du CABE. En effet, l'analyse des pratiques montre l'importance de maîtriser le sens de l'outil, de se décentrer au besoin de sa forme (contenant) pour ajuster son soutien en fonction des caractéristiques et de la réalité des parents et des enfants (contenu).

#### **7.4.1.4. Points de vue des intervenants et des gestionnaires sur les conditions de pratiques**

Les points de vue d'intervenants et de gestionnaires sur les conditions de pratiques ayant facilité ou entravé l'implantation de l'initiative AIDES se déclinent en trois catégories : la qualité de l'implantation ; les caractéristiques organisationnelles ; les caractéristiques personnelles ou professionnelles.

Les facteurs facilitants associés à la **qualité de l'implantation** sont reliés aux *moyens promus* (notamment la qualité de la formation et du soutien, la pertinence des documents ou la présence d'entente officielle de collaboration) ou encore aux *processus* (qualité des liens entre promoteurs et les milieux de pratique, l'entraide et l'intensité). Les **conditions organisationnelles** positives sont d'abord associées aux organisations elles-mêmes (réceptivité à la recherche, aux innovations ; volontariat et stabilité de la participation ; degré d'appropriation de l'approche et des moyens ; cohérence dans la vision, les priorités et la programmation). Les enjeux sociopolitiques et reliés aux collaborations entre les organisations seraient également des sources d'influence : cohérence avec les changements à la Loi sur la protection de la jeunesse et les priorités ministérielles ; contribution aux structures de concertation existantes.

Enfin, certaines **caractéristiques individuelles et professionnelles** ont été évoquées : l'intérêt personnel pour AIDES, la compatibilité avec la philosophie d'intervention antérieure, un effet boule de neige.

Un certain nombre d'obstacles ont aussi été mentionnés, certains faisant écho aux facteurs facilitants. On note, par exemple, l'absence ou l'insatisfaction à propos de la formation ; l'hétérogénéité des groupes ; l'épuisement face aux innovations ; la concurrence avec les outils cliniques en place ; le roulement du personnel ; la création des CSSS ; l'affectation temporaire aux urgences sanitaires ; la résistance aux changements ; et la perception de AIDES comme une recherche plutôt qu'une nouvelle approche à l'intervention auprès des familles vulnérables.

#### **7.4.1.5. Défis, obstacles et avantages rencontrés par les intervenants**

Les principaux défis rencontrés par les intervenants du groupe AIDES sont de l'ordre des connaissances et de l'application des moyens promus par AIDES, de l'implication des parents et de la conciliation avec leur mandat. Les facteurs facilitants concernent : une attitude confiante et une appropriation personnalisée face à un nouvel outil ; une perception des divergences comme des occasions ; un intérêt des figures parentales à échanger sur les besoins de leur enfant et leur situation personnelle ; une ouverture à la participation de l'autre figure parentale ; un maintien de la participation même s'il y a un changement d'intervenant ou d'établissement ; peu de situations de crises familiales ou de problématiques graves ; et le recours à des outils visuels accrocheurs et facilitant les échanges. Les obstacles concernent quant à eux le côté négatif des facteurs facilitants.

Les intervenants ont également été invités à se prononcer sur les avantages de participer à l'initiative. Parmi les avantages nommés, certains sont associés aux intervenants eux-mêmes. On note, par exemple, la compatibilité avec l'approche systémique et le rappel de notions déjà acquises, la possibilité de comprendre la situation des enfants et de leur famille de manière plus approfondie, et le mode plus factuel que perceptuel du CABE soutenant la réalisation des plans d'intervention. D'autres avantages concernent la participation des parents. On note le recours à des moyens plus concrets, favorisant des prises de conscience, la présence d'un espace de dialogue, les possibilités de renforcement positif, les occasions de favoriser le pouvoir d'agir, de collaboration et de mobilisation ainsi que des plans d'action qui font sens. Enfin certains avantages le sont autant pour le parent que pour l'intervenant : le développement d'un langage

commun, la qualité des échanges et le transfert personnalisé du dossier à l'interne et entre les organisations. Cependant, des inconvénients ont également été mentionnés. Pour certains intervenants, le CABE est perçu comme étant exigeant, tant pour le temps qu'il demande pour être rempli que pour celui nécessaire à son appropriation ; la nécessité de le vulgariser davantage est aussi évoquée. De leur point de vue, certains parents peuvent le juger trop théorique, insécurisant et menaçant.

## **7.4.2. ÉVALUATION DES EFFETS**

Les résultats présentés se centreront essentiellement sur la différence pré/post-tests entre les groupes AIDES+ ( $n = 44$ ) et témoin ( $n = 85$ ), puisque l'application des moyens promus par AIDES n'a pas été jugée suffisante pour les autres familles du groupe AIDES. De plus, le choix d'un seuil de signification de 1 % repose principalement sur la petite taille de l'échantillon et la courte durée d'implantation de l'initiative, qui rendent plus difficile l'observation de changements psychosociaux. La taille du groupe AIDES+ s'étant avérée beaucoup plus petite, le seuil de signification a été augmenté de manière à mieux déceler les changements selon le groupe et les temps de mesure. D'autre part, la courte durée d'implantation de l'initiative et les difficultés rencontrées (dont la fidélité au protocole) rendent plus difficile l'observation de changements tels qu'attendus. D'ailleurs, selon Goodman, Wheeler et Lee (1995), il faudrait de cinq à dix ans à toute initiative communautaire pour produire les changements attendus.

### **7.4.2.1. Effets proximaux**

On constate que les différences de moyennes entre AIDES+ et le groupe témoin ne sont pas significatives pour les trois questionnaires qui évaluent la perception des parents à propos des pratiques professionnelles ( $ns$ ) au seuil de  $p < 0,10$  : la qualité perçue des pratiques d'aide (QPA), le sentiment de contrôle du parent avec l'intervenant et la qualité perçue de la collaboration parent/enfant.

### **7.4.2.2. Effets intermédiaires**

Les résultats montrent que les différences de moyennes entre AIDES+ et le groupe témoin sont significatives au seuil de  $p < 0,10$  pour la mesure du soutien familial informel (Inventaire de soutien familial – ISF) et de l'environnement familial (HOME). Les autres mesures ne sont pas statistiquement significatives bien que la différence de moyennes soit dans

le sens attendu pour la plupart des mesures pour le groupe AIDES+. Par ailleurs, on avait observé au prétest qu'un plus grand nombre de familles du groupe AIDES présentaient des scores au-delà du seuil clinique au CAPI et à l'ISP comparativement au groupe témoin. Par exemple, 38 % des familles AIDES obtenaient un score d'abus élevé au CAPI comparativement à 18 % des familles témoins ( $p < 0,05$ ). Le même phénomène est observé au prétest en ce qui concerne la mesure du stress parental général (ISP) et la mesure des interactions dysfonctionnelles parent-enfant (sous-échelle de l'ISP). Cependant, la très grande majorité des mesures favorisent le groupe AIDES+ au post-test (p. ex., ISP, ISF, CAPI, HOME), ce qui mène à conclure que la seconde hypothèse est partiellement confirmée.

### 7.4.2.3. Effets ultimes

Les résultats montrent que le groupe témoin et le groupe AIDES+ ne se distinguent pas au regard des différentes sphères de développement (cognitif, moteur, socioaffectif) et des problèmes de comportement des enfants entre les deux temps de mesure. Les seuils cliniques des diverses mesures de développement de l'enfant et de problèmes de comportement ont également été examinés de manière à vérifier le passage d'une catégorie à l'autre (au-delà du seuil clinique comparativement à en dessous du seuil clinique) entre le prétest et le post-test. Aucun résultat ne permet de montrer que les groupes diffèrent l'un de l'autre sur ces plans. Cela amène donc à infirmer la troisième hypothèse quant aux effets ultimes de l'initiative AIDES+.

### ***Évolution des jeunes et des familles exposés à AIDES***

Il est important de rappeler que, comparativement au groupe témoin, les participants du groupe AIDES présentaient, au prétest, des besoins plus complexes, sur le plan tant personnel que social. D'abord, telles que décrites précédemment, les caractéristiques du groupe AIDES étaient plus problématiques en ce qui a trait aux facteurs de risque familiaux et environnementaux. Les facteurs de risque les plus importants décelés dans ce groupe sont eux-mêmes associés au risque de maltraitance ainsi qu'à de faibles performances cognitives, sociales et comportementales (Harden et Whittaker, 2011 ; McKenzie *et al.*, 2011 ; Palusci, 2011 ; Park, Fertig et Allison, 2011 ; Slack *et al.*, 2011 ; Stith *et al.*, 2009). Enfin, près de deux fois plus de parents témoins (66 %) qualifiaient leur niveau de collaboration avec l'intervenant de très bon comparativement aux parents du groupe AIDES (38 %). Même si beaucoup d'énergie a été investie pour assurer l'équivalence

des groupes, il est possible que les intervenants du groupe AIDES aient sélectionné des situations plus complexes en raison de nouveaux moyens qui leur ont été proposés dans le cadre de l'implantation.

Au terme de l'implantation de l'initiative, outre les facteurs de risque qui ne peuvent pas être modifiés, comme l'âge des enfants et des parents, seuls l'exiguïté du logement et le potentiel de victimisation différencient les deux groupes (en défaveur du groupe AIDES). Qui plus est, la différence significative au CAPI est moindre ( $p < 0,05$ ) que ce qu'elle était au prétest ( $p < 0,001$ ), ce qui laisse penser que plus de parents sont maintenant dans la catégorie normale et moins le sont dans la catégorie élevée. Différentes hypothèses peuvent ici être avancées pour expliquer ces changements positifs pour le groupe AIDES, soit : 1) la régression vers la moyenne ; ou 2) une certaine amélioration ou récupération du désavantage en partie attribuable à l'effet AIDES. En somme, les participants de la recherche ne se sont pas détériorés et les familles du groupe AIDES ont rejoint le niveau de fonctionnement des familles du groupe témoin. Les indicateurs préalablement mentionnés laissent penser que certains effets proximaux (QCCP : qualité perçue de la collaboration parent-intervenant), intermédiaires (CAPI : potentiel de victimisation ; ISP : détresse parentale) et ultimes (GED socioaffectif) pourraient avoir positivement évolué chez le groupe AIDES.

## **7.5. DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION**

L'évaluation de différents programmes de même que les méta-analyses les plus récentes constatent le faible taux de réussite des programmes auprès des familles à risque ou maltraitantes. La majorité des programmes ne parviennent pas à réduire les séquelles ou à améliorer le bien-être des enfants (Dufour et Chamberland, 2004 ; Flynn et Bouchard, 2005 ; MacLeod et Nelson, 2000 ; MacMillan *et al.*, 2009 ; O'Reilly *et al.*, 2010). Les programmes qui obtiennent certains gains chez les parents et leur enfant ciblent des familles avec des besoins moins complexes (Letarte, Normandeau et Allard, 2010). Ou encore, les programmes les plus efficaces pour prévenir les mauvais traitements ne le sont pas lorsqu'on souhaite prévenir leur récurrence (MacMillan et Harpur, 2003). De plus, il existe très peu d'évidences de meilleures pratiques pour les situations de négligence, ces dernières étant essentiellement celles qui ont été recrutées dans le projet. Même si les programmes les plus prometteurs sont ceux qui possèdent les principes d'action promus par AIDES, les défis d'implantation sont grands lorsque l'on souhaite mettre en œuvre une approche écosystémique centrée sur : 1) une vision commune des besoins ; 2) la participation

des jeunes et de leur famille ; et 3) la mobilisation de partenaires pour offrir des services et du soutien multidimensionnels et multistratégiques. Cependant, un virage a été amorcé, des apprentissages ont été réalisés et des acquis ont été faits sur lesquels on peut désormais s'appuyer pour poursuivre les changements de pratique souhaités.

### **7.5.1. QU'AVONS-NOUS RÉUSSI ET QUE RESTE-T-IL À FAIRE ?**

L'évaluation d'implantation met en évidence que les moyens promus par AIDES qui ont été plus implantés concernent l'appropriation du cadre d'analyse, de l'utilisation du CABA et le soutien à la participation et au pouvoir d'agir des parents. C'est en effet 44 % des familles du groupe AIDES qui ont été suffisamment exposées à l'approche prônée par l'équipe, leur intervenant ayant rempli le CABA de manière suffisante (le groupe AIDES+). La planification des interventions dans un contexte d'un PSI et sa révision en fonction du niveau d'atteinte des objectifs furent très peu actualisées. Ainsi, il n'a pas été possible d'implanter une approche écosystémique afin de mettre en place des réponses ayant l'intensité nécessaire pour modifier de manière significative les relations parent-enfant et le développement des jeunes qui sont très vulnérables.

### **7.5.2. DE BONNES NOUVELLES**

Au terme de l'implantation, les intervenants assignés au groupe AIDES œuvrant en CSSS<sup>1</sup> semblent mieux connaître la situation personnelle et les conditions de vie des parents. En effet, un plus grand nombre d'intervenants du groupe témoin ont mentionné ne pas avoir l'information nécessaire pour se prononcer sur 7 des 10 dimensions évaluées ( $p < 0,05$ )<sup>2</sup>. Il est plausible de postuler que l'utilisation appropriée du CABA ait favorisé une meilleure communication et un meilleur échange d'informations sur les besoins et difficultés des parents. Selon les intervenants rencontrés en entrevue, le CABA a agi comme intermédiaire, renforçant une communication plus transparente, sans jugement, qui permet l'échange d'informations délicates. Ainsi, il semble que la relation partenariale soit plus informelle et renforce la confiance, la négociation et le partage d'information ; elle serait

- 
1. Malheureusement, il n'a pas été possible d'analyser les données des intervenants des CJ, car la méthode de collecte n'a pas permis de produire des données valides et de qualité.
  2. Les dimensions évaluées sont : les problèmes de santé physique, la déficience intellectuelle, les difficultés conjugales, les problèmes de logement, d'emploi, d'isolement et de revenu.



plus de type « *kinrelationship* », par opposition au type plus strict et structuré « *business agreement* » généralement observé en contexte de protection (Goldberg et Comins, 2001). Ce contexte socioaffectif est particulièrement pertinent dans les situations de négligence où la relation est l'épicentre de l'intervention (Turney et Tanner, 2001). Ainsi, cet outil présente un potentiel quant à l'accès qu'il donne aux perceptions subjectives du parent. Paradoxalement, il favorise en même temps une certaine objectivation de leur réalité. Les intervenants AIDES ouverts à son utilisation ont d'ailleurs mentionné qu'il permettait une compréhension plus approfondie de la famille, reposant sur un mode plus factuel que perceptuel et plus concret pour le parent. Le CABE soutient aussi le développement du pouvoir d'agir en favorisant des prises de conscience et un meilleur équilibre du pouvoir.

Cependant, une utilisation maladroite ou technoadministrative de l'instrument peut altérer le jugement clinique et il peut être perçu comme menaçant par le parent. Les recommandations de Munro (2011)<sup>3</sup> et des intervenants d'AIDES invitent à soutenir l'appropriation continue du cadre d'analyse, qui ne doit pas être perçu comme une charge supplémentaire ; il est de plus nécessaire d'accorder un temps suffisant pour se familiariser avec les concepts et le contenu de même que pour remplir l'outil. C'est pourquoi la formation initiale et continue est une condition névralgique. Bien que plusieurs occasions de soutien aient été offertes, force est de constater que tous les intervenants participant au projet n'ont pas bénéficié d'un tel encadrement. La motivation des intervenants de même que les conditions organisationnelles ont été des facteurs majeurs dans l'implantation des moyens promus par AIDES<sup>4</sup>.

### **7.5.3. LES CONDITIONS DE PRATIQUES INTRA- ET INTERORGANISATIONNELLES**

L'appropriation de l'approche et des outils de même que le développement de plans d'action (PSI) plus intégrés supposent des arrangements intra- et interorganisationnels qui étaient bien au-delà du contrôle des promoteurs. D'abord, sur le plan intraorganisationnel, deux événements méritent d'être mentionnés. En premier lieu, durant la période d'implantation,

---

3. En juin 2010, le secrétaire d'État à l'Éducation en Angleterre confiait à Eileen Munro, à la suite de la mort du bébé Peter, le mandat suivant : « Comment s'assurer que les professionnels des services sociaux développent le meilleur jugement possible pour protéger les enfants vulnérables ? »

4. Ces mêmes facteurs sont également observés dans l'implantation de plusieurs programmes et d'innovations. Ils ont d'ailleurs été soulevés dans la méta-évaluation de l'implantation de l'approche britannique dans différents pays (Léveillé et Chamberland, 2010).

les CSSS ont connu de profonds remaniements qui ont substantiellement perturbé les structures et la stabilité du personnel. De plus, un organisme de protection avait déjà investi beaucoup de ressources et d'énergie dans une approche d'évaluation centrée sur le risque et la surveillance des parents dont la finalité était d'évaluer les enjeux de permanence pour l'enfant ; dès lors, AIDES apportait plus de confusion que de solutions pour l'organisation. Ces contextes ont été en partie des obstacles à l'implantation d'AIDES.

En second lieu, même si les valeurs reliées au partenariat sont présentes depuis la fin des années 1980, déjà perceptibles dans le rapport de la Commission Rochon, l'enjeu actuel est sa concrétisation. Or plusieurs obstacles sont encore bien contemporains, notamment le parallélisme des mandats, les interventions en silo, ou encore des cadres de référence, des formations et des outils propres à chaque organisation, secteur ou discipline professionnels. Deux facteurs peuvent notamment être évoqués pour comprendre le morcellement des actions au niveau local. Premièrement, il n'existe actuellement aucune loi globale de l'enfant comme c'est le cas en Angleterre ; il existe plutôt plusieurs lois qui concernent directement ou indirectement la vie des enfants ; pensons notamment aux lois de la protection de la jeunesse, sur les services de santé et des services sociaux, sur l'instruction publique, etc. Deuxièmement, l'insertion des programmes pour jeunes en difficulté dans un ministère (le ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]) où la santé mobilise la plus grande quantité des ressources entraîne des répercussions négatives. Outre la moins grande importance accordée aux volets psychosociaux, on observe un cloisonnement des programmes et des ressources qui contrôlent des leviers stratégiques ayant une influence sur les milieux de vie des enfants dans d'autres ministères, comme celui de la Famille et des Aînés ou celui de l'Éducation, du Loisir et du Sport. La loi sur les enfants (Children Act) révisée en 2004 de même que la création du ministère de l'Enfant, de la Famille et de l'Éducation en Angleterre dans les années 2000 ont permis de réunir les instances névralgiques au plus haut niveau pour mettre en place sur le plan local les dispositifs nécessaires au soutien de partenariats qui pourraient faire une différence dans la vie des enfants. Ainsi, les conditions interorganisationnelles qui ont influencé la mise en œuvre d'AIDES ne sont pas sans rappeler certaines lacunes dans l'environnement macrosystémique.

#### 7.5.4. ET L'AVENIR?

Il est important de réunir les conditions qui favorisent des pratiques axées sur la réponse aux besoins des enfants ainsi qu'une offre de soutien plus intégrée, moins linéaire et hiérarchique, qui mobilisent les forces des familles mais aussi de l'ensemble des réseaux d'aide disponibles. Les enjeux de sécurité et de développement des enfants doivent être réfléchis en conjonction avec ceux du soutien aux familles (Gilbert, Parton et Skivenes, 2011). En 2012, l'équipe de chercheurs a bonifié le CABE en s'appuyant sur l'expérience collectivement acquise au cours des dernières années (Chamberland *et al.*, 2012a). De plus, la mobilisation et l'implication d'un plus vaste réseau d'acteurs (p. ex., le milieu scolaire, les services de garde, les tables de concertation locales jeunesse, villes et villages en santé, etc.) demeurent des conditions nécessaires pour faire en sorte qu'une vision commune et une réponse ajustée aux besoins singuliers des jeunes et de leur famille s'actualisent. C'est pourquoi nous avons également travaillé à adapter d'autres outils développés par les Britanniques, notamment le Common Assessment Framework (CAF), qui peut être utilisé par les professionnels des secteurs de l'éducation, de la santé, de la justice, de la police et des services sociaux afin de déterminer le niveau de besoins additionnels des enfants qui reçoivent des services universels. Des guides de pratiques et des formations ont aussi été élaborés pour soutenir une utilisation optimale du cadre de référence et des outils. Ces produits permettront d'assurer une diffusion de l'approche prônée par AIDES à plus grande échelle lors de la phase 2 de l'initiative AIDES, qui sera en cours dès 2013.

## BIBLIOGRAPHIE

- BERGER, L.M., BRUCH, S.K., JOHNSON, E.I., JAMES, S. et D. RUBIN (2009). « Estimating the “impact” of out-of-home placement on child well-being : Approaching the problem of selection bias », *Child Development*, vol. 80, n° 6, p. 1856-1876, doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01372.x.
- BICKMAN, L., HEFLINGER, C.A., NORTHRUP, D., SONNICHSEN, S. et S. SCHILLING (1998). « Long term outcomes to family caregiver empowerment », *Journal of Child and Family Studies*, vol. 7, n° 3, p. 269-282.
- BRONFENBRENNER, U. (1996). « Le modèle “processus- personne- contexte- temps” dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications », dans R. Tessier et G.M. Tarabulsy (dir.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 9-59.
- BRONFENBRENNER, U. et S.J. CECI (1994). « Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective : A bioecological model », *Psychological Review*, vol. 101, n° 4, p. 568-586.
- CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT UNIVERSITAIRE (2011). *Programme-cadre montréalais en négligence. Modèles, applications, programmes en négligence*, <[http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/infolettre/decembre2011/Negligencepartie2\\_13dec2011\\_min.pdf](http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/infolettre/decembre2011/Negligencepartie2_13dec2011_min.pdf)>.
- CHAMBERLAND, C., LACHARITÉ, C., LESSARD, D., DUFOUR, S., LEMAY, L., CLÉMENT, M.-È. et G. FAFARD (2012a). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES : rapport final d'évaluation*, Montréal, Université de Montréal.
- CHAMBERLAND, C., LACHARITÉ, C., LESSARD, D., FAFARD, G. et L. LEMAY (2012b). « Initiative AIDES : une innovation sociale centrée sur les besoins des enfants », dans *S'investir dans le développement : un parcours gagnant*, communication présentée lors du congrès de l'Association des Centres Jeunesse du Québec, Québec.
- DUFOUR, S. et C. CHAMBERLAND (2004). « The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment : Enhancing the well-being of children who live at home », *Child et Family Social Work*, vol. 9, n° 1, p. 39-56.
- DUNLAP, K.M. (1997). « Family empowerment : One outcome of cooperative preschool education », *Child Welfare*, vol. 76, n° 4, p. 501-518.
- DUNST, C.J. et C.M. TRIVETTE (1996). « Empowerment, effective helping practices and family-centered care », *Pediatric Nursing*, vol. 22, n° 4, p. 334-337, p. 243.
- DUNST, C.J., TRIVETTE, C.M. et N. LAPOINTE (1994). « Meaning and key characteristics of empowerment », dans C.J. Dunst, C.M. Trivette et A.G. Deal (dir.), *Supporting and Strengthening Families : Vol. 1. Methods, Strategies and Practices*, Cambridge (MA), Brookline Books, p. 12-29.
- ELIZUR, Y. (1996). « Involvement, collaboration, and empowerment : A model for consultation with human-service agencies and the development of family-oriented care », *Family Process*, vol. 35, n° 2, p. 191-210.
- ENGLISH, D.J., MARSHALL, D.B., COGHLAN, L., BRUMMEL, S. et M. ORME (2002). « Causes and consequences of the substantiation decision in Washington State Child Protective Services », *Children and Youth Services Review*, vol. 24, n° 11, p. 817-851, doi:10.1016/s0190-7409(02)00241-4.
- FLYNN, R.J. et D. BOUCHARD (2005). « Randomized and quasi-experimental evaluations of program impact in child welfare in Canada : A review », *Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 20, n° 3, p. 65-100.

- GARBARINO, J. et B. GANZEL (2000). « The human ecology of early risk », dans J.P. Shonkoff et S.J. Meisels (dir.), *Handbook of Early Intervention*, 2<sup>e</sup> éd., New York, Cambridge University Press, p. 76-93.
- GILBERT, N., PARTON, N. et M. SKIVENES (2011). *Child Protection Systems International Trends and Orientations*, New York, Oxford University Press.
- GOLDBERG, D. et M. COMINS (2001). « Struggling with partners : The use of the term "partnership" in practice », *Anthropology and Medicine*, vol. 8, n<sup>os</sup> 2-3, p. 255-264, doi:10.1080/13648470120101390.
- GOODMAN, R.M., WHEELER, F.C. et P.R. LEE (1995). « Evaluation of the Heart To Heart Project : Lessons from a community-based chronic disease prevention project », *American Journal of Health Promotion*, vol. 9, n<sup>o</sup> 6, p. 443-455.
- HARDEN, B.J. et J.V. WHITTAKER (2011). « The early home environment and developmental outcomes for young children in the child welfare system », *Children and Youth Services Review*, vol. 33, n<sup>o</sup> 8, p. 1392-1403, doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.009.
- HEFLINGER, C.A., BICKMAN, L., NORTHRUP, D. et S. SONNICHSEN (1997). « A theory-driven intervention and evaluation to explore family caregiver empowerment », *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, vol. 5, n<sup>o</sup> 3, p. 184-191.
- HÉLIE, S. et C. BOUCHARD (2010). « Recurrent reporting of child maltreatment : State of knowledge and avenues for research », *Children and Youth Services Review*, vol. 32, n<sup>o</sup> 3, p. 416-422.
- JONSON-REID, M. et R.P. BARTH (2000). « From maltreatment report to juvenile incarceration : The role of child welfare services », *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, n<sup>o</sup> 4, p. 505-520, doi:10.1016/s0145-2134(00)00107-1.
- LACHARITÉ, C., ÉTHIER, L.S. et P. NOLIN (2006). « Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants », *Bulletin de psychologie*, vol. 4, n<sup>o</sup> 484, p. 381-394.
- LEMAY, L. (2007). *Ensemble vers un même horizon : manuel de référence pour la réalisation des plans de services individualisés (PSI) et intersectoriels (PSII) : volet jeunesse, région de Laval*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
- LETARTE, M.J., NORMANDEAU, S. et J. ALLARD (2010). « Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service », *Child Abuse and Neglect*, vol. 34, n<sup>o</sup> 4, p. 253-26, doi:10.1016/j.chiabu.2009.06.003.
- LÉVEILLÉ, S. et C. CHAMBERLAND (2010). « Toward a general model for child welfare and protection services : A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the assessment of children in need and their families (FACNF) », *Children and Youth Services Review*, vol. 32, n<sup>o</sup> 7, p. 929-944, doi:10.1016/j.childyouth.2010.03.009.
- MACLEOD, J. et G. NELSON (2000). « Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment : A meta-analytic review », *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, n<sup>o</sup> 9, p. 1127-1149, doi:10.1016/s0145-2134(00)00178-2.
- MACMILLAN, H.L., WATHEN, C.N., BARLOW, J., FERGUSSON, D.M., LEVENTHAL, J.M. et H.N. TAUSSIG (2009). « Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment », *The Lancet*, vol. 373, no 9659, p. 250-266, doi:10.1016/s0140-6736(08)61708-0.
- MACMILLAN, K.M. et L.L. HARPUR (2003). « An examination of children exposed to marital violence accessing a treatment intervention », *Journal of Emotional Abuse*, vol. 3, n<sup>os</sup> 3-4, p. 227-252, doi:10.1300/J135v03n03\_04.
- MCCALLUM, S. et I. PRILLELTENSKY (1996). « Empowerment in child protection work : Values, practices, and caveats », *Children et Society*, vol. 10, n<sup>o</sup> 1, p. 40-50.

- MCKENZIE, K., DEBBIE SCOTT, D., FRASER, J.A. et M.P. DUNNE (2011). « Assessing the concordance of health and child protection data for "maltreated" and "unintentionally injured" children », *Injury Prevention*, vol. 18, n° 1, p. 50-57, doi:10.1136/ip.2011.031849.
- MUNRO, E. (2011). *The Munro Review of Child Protection: Final Report – A Child-centred System*, <<http://www.education.gov.uk/munroreview/downloads/Munrointerimreport.pdf>>.
- O'REILLY, R., WILKES, L., LUCK, L. et D. JACKSON (2010). « The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: What the literature reveals », *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, vol. 14, n° 1, p. 82-94.
- PALUSCI, V.J. (2011). « Risk factors and services for child maltreatment among infants and young children », *Children and Youth Services Review*, vol. 33, n° 8, p. 1374-1382, doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.025.
- PARK, J.M., FERTIG, A.R. et P.D. ALLISON (2011). « Physical and mental health, cognitive development, and health care use by housing status of low-income young children in 20 American cities: A prospective cohort study », *American Journal of Public Health*, vol. 101, suppl. 1, p. 255-261, doi:10.2105/ajph.2010.300098.
- PARTON, N. (1997). *Child Protection and Family Support Tensions, Contradictions and Possibilities*, <<http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptilID=180165>>.
- RESENDEZ, M.G., QUIST, R.M. et D.G.M. MATSHAZI (2000). « A longitudinal analysis of family empowerment and client outcomes », *Journal of Child and Family Studies*, vol. 9, n° 4, p. 449-460.
- SLACK, K.S., BERGER, L.M., DUMONT, K., YANG, M.Y., KIM, B., EHRHARD-DIETZEL, S. et J.L. HOLL (2011). « Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison », *Children and Youth Services Review*, vol. 33, n° 8, p. 1354-1363, doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.024.
- STITH, S.M., LIU, T., DAVIES, L.C., BOYKIN, E.L., ALDER, M.C., HARRIS, J.M. et J.E.M.E.G. DEES (2009). « Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 14, n° 1, p. 13-29, doi:10.1016/j.avb.2006.03.006.
- TROCMÉ, N. et C. CHAMBERLAND (2003). « Re-involving the community: The need for a differential response to rising child welfare caseloads in Canada », dans N. Trocmé, D. Knoke et C. Roy (dir.), *Community Collaboration and Differential Response*, Ottawa, Child Welfare League of Canada, p. 45-56.
- TURNBULL, A.P., TURBIVILLE, V. et H.R. TURNBULL (2000). « Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment for the early twenty-first century », dans J.P. Shonkoff et S.J. Meisels (dir.), *Handbook of Early Childhood Intervention*, 2<sup>e</sup> éd., New York, Cambridge University Press, p. 630-650.
- TURNEY, D. et K. TANNER (2001). « Working with neglected children and their families », *Journal of Social Work Practice*, vol. 15, n° 2, p. 192-204.
- WULCZYN, F., BARTH, R.P., YUAN, Y.T., HARDEN, B.J. et J. LANDSVERK (2006). *Beyond Common Sense: Child Welfare, Child Well-being, and the Evidence for Policy Reform*, New Brunswick (NJ), Aldine Transaction.
- WULCZYN, F., DARO, D., FLUKE, J., FELDMAN, S., GLODEK, C. et K. LIFANDA (2010). *Adapting a Systems Approach to Child Protection Key Concepts and Considerations*, <<http://resourcecentre.savethechildren.se/node/2778>>.

# LE CANADA À L'ÈRE DE LA RECONFIGURATION DES SERVICES D'AIDE ET DE PROTECTION DE L'ENFANCE

## ÉTUDE DES SERVICES PROVINCIAUX DESTINÉS AUX ENFANTS VULNÉRABLES EN LIEN AVEC LE MODÈLE NOVATEUR DE LA GRANDE-BRETAGNE

---

**Sophie LÉVEILLÉ, M.A.**

École de service social, Université de Montréal

**Marie-Andrée POIRIER, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal

**Claire CHAMBERLAND, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal

**Annie-Claude MATHIEU, M. Sc.**

Institut universitaire en santé mentale Douglas

**Amélie TREMBLAY-RENAUD, M. Sc.**

Centre jeunesse de la Montérégie

**Isabelle LAFONTAINE, candidate à la maîtrise**

École de service social, Université de Montréal

Depuis l'an 2000, un mouvement international de réformes des systèmes d'aide et de protection de l'enfance s'est confirmé. Il s'inscrit dans le contexte actuel de mondialisation où la libéralisation des échanges, l'accroissement des réseaux et la vitesse de communication favorisent notamment l'émergence d'accords universels. La Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), adoptée en 1989 par les Nations Unies, est un exemple de ces traités universels (Organisation des Nations Unies, 1989). Elle est, en effet, le premier instrument juridique international ayant force obligatoire qui définit plus de 41 normes consacrées à la dignité humaine et au développement harmonieux de chaque enfant. Ce contrat marque le départ d'une action planétaire dans laquelle 193 pays se sont engagés à concevoir et à mettre

en œuvre des mesures et des politiques qui tiennent compte de l'intérêt supérieur de l'enfant. Près de 15 ans plus tard, les États signataires ont réaffirmé leurs promesses d'assurer le bien-être de tous les enfants en se dotant d'une plateforme qui vise à bâtir *Un monde digne des enfants* (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2002). Ce programme circonscrit un plan d'action qui comprend 21 objectifs précis à atteindre d'ici 2015. Durant cette période, d'autres accords internationaux en matière de protection et de bien-être de l'enfance se sont instaurés (Conférence de La Haye de droit international privé, 1993, 1996 ; Organisation des Nations Unies, 2002a, 2002b ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1990). Offrir un avenir meilleur à chaque enfant a conséquemment nécessité un renouvellement des visions et des pratiques en matière d'aide et de protection de l'enfance.

### **8.1. SERVICES BRITANNIQUES EN MATIÈRE D'AIDE ET DE PROTECTION DES ENFANTS**

C'est la Grande-Bretagne qui, au début des années 1990, s'est révélée le chef de file en la matière. Plus particulièrement, l'Angleterre et le pays de Galles sont les instigateurs d'un dispositif de services destinés aux enfants vulnérables dont le modèle le sous-tendant a inspiré une quinzaine de pays (Léveillé et Chamberland, 2010). Ce modèle, appelé Framework for the Assessment<sup>1</sup> for Children in Need and Their Families (FACNF) (Royaume-Uni. Department of Health, Department for Education and Employment et Home Office, 2000), vise à pallier les limites de l'approche traditionnelle de type « Sauvons les enfants (du danger) » (Cameron, Freymond et Roy, 2003 ; Léveillé et Bourchard, 2007 ; Trocmé et Chamberland, 2003). Son leitmotiv est l'amélioration de la capacité collective à favoriser le développement optimal des enfants. Ensemble, les enfants, leurs parents et les professionnels de divers organisations et secteurs d'intervention partagent :

- 1) l'analyse holistique des réalités complexes dans lesquelles l'enfant et sa famille évoluent ;
- 2) la planification des actions ;
- 3) leur mise en œuvre ;
- et 4) leurs suivis.

Pour ce faire, ils considèrent simultanément trois systèmes ou domaines, chacun composé de plusieurs dimensions interreliées :

- 1) les besoins de l'enfant en matière de développement (la santé, l'éducation, le développement comportemental et affectif, l'identité, les relations familiales et sociales, la présentation de soi à autrui, et l'autonomie) ;
- 2) les capacités parentales à les satisfaire (prodiguer les soins de base, sécuriser, donner de l'affection, stimuler, encadrer et offrir de la stabilité) ;
- et 3) les facteurs

1. Le terme *assessment* est traduit dans le présent texte par les expressions « analyse » et « examen », par opposition à « évaluation » et « diagnostic ».



familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins (l'histoire et le fonctionnement de la famille, la famille élargie, le logement, l'emploi, l'intégration sociale, les ressources communautaires et les revenus). Selon ce cadre référentiel, l'examen minutieux et systématique de la situation d'un enfant permet de déterminer le niveau et la nature des besoins à combler afin d'assurer son bien-être et son développement. Cette compréhension globale de la situation de chaque enfant doit :

- se centrer sur l'enfant ;
- être motivée par le développement de l'enfant ;
- reposer sur une approche écologique ;
- assurer l'égalité des chances ;
- inclure la participation de l'enfant et de sa famille ;
- s'élaborer tant en considérant les forces qu'en cernant les difficultés ;
- se dérouler dans un cadre de collaboration interorganisationnelle ;
- être un processus continu ;
- se mener en parallèle avec d'autres actions et services ;
- être fondé sur des données probantes.

Les domaines et dimensions du FACNF de même que les dix principes qui le sous-tendent se sont articulés à partir de données probantes dans plusieurs domaines de recherche (Royaume-Uni. Department of Health, 2000, 2001). Les études sur le sujet montrent non seulement la contribution des conduites parentales dans l'état développemental ou le fonctionnement des enfants, mais également toute l'importance directe et indirecte que les facteurs familiaux et environnementaux revêtent dans leur existence. L'étude approfondie des composantes et des principes de ce cadre de référence indique que, en plus de répondre à l'ensemble des articles de la CDE, il accorde une plus grande attention à la contribution des conditions familiales et environnementales au bien-être de l'enfant que ne le fait la CDE (Léveillé *et al.*, 2009). De plus, une méta-évaluation des expériences internationales de son implantation et de ses effets indique des résultats fort prometteurs (Léveillé et Chamberland, 2010). Elle révèle les effets bien-faisants du modèle étudié sur les pratiques. En effet, l'utilisation du FACNF amène les professionnels à faire une meilleure « évaluation » des situations complexes qu'ils rencontrent, à en avoir une vision plus holistique et centrée sur l'enfant et, conséquemment, à mieux planifier les interventions. Elle augmente les collaborations interprofessionnelles et interorganisationnelles et accroît aussi, bien que légèrement, la participation des enfants et des parents à la prestation des services qui leur sont destinés.

La refonte britannique des services destinés aux enfants en difficulté est appuyée par une série de lois, de politiques et de programmes gouvernementaux qui ne cessent de s'étoffer. Deux composantes clés catalysent cette foulée : l'adoption de la Children Act (Royaume-Uni, 1989) et la prise de pouvoir du Parti travailliste sous la direction de Tony Blair en 1997. Dans un premier temps, la Children Act instaure un régime législatif qui réside en la prépondérance de placer le bien-être de l'enfant au centre des services qui lui sont destinés et de remplacer la notion de droit parental par celle de responsabilité parentale. Les nouvelles dispositions rompent ainsi avec la tradition en protection de l'enfance. Il ne s'agit plus seulement de protéger les enfants d'un environnement maltraitant, mais aussi d'assurer leur bien-être en évaluant et en satisfaisant leurs besoins développementaux. Dans un second temps, l'élection du gouvernement Blair amène une « troisième voie » politique et économique qui se situe entre le socialisme démocratique et le libéralisme. Ce nouveau régime politique, communément appelé le New Labour, consiste essentiellement à adapter au mieux des objectifs de gauche à l'économie de marché. On parle également d'un pragmatisme économique qui reflète vraisemblablement le courant mondial de la « nouvelle gestion publique » (NGP) dont, encore ici, la Grande-Bretagne est l'initiatrice. Visant à réduire le poids de la bureaucratie étatique, la NGP adopte des principes de décentralisation des pouvoirs (plus grande autonomie des entités locales), de rapprochement avec le citoyen ainsi que d'efficacité et d'efficience (Barzelay, 2002 ; Borins, 1995 ; Finger, 1997). Conséquemment, le FACNF traduit l'esprit de la Children Act et de la NGP. Il est devenu le canevas de base des services d'aide et de protection de tous les enfants britanniques.

## **8.2. SERVICES CANADIENS EN MATIÈRE D'AIDE ET DE PROTECTION DES ENFANTS**

En plus d'avoir entériné les traités universels en matière de droits des enfants, le Canada s'est doté de protocoles fédéraux afin d'actualiser leurs principes en de meilleurs services pour les enfants tels que le Plan d'action national pour les enfants (Conseil fédéral-provincial-territorial de ministres sur la refonte des politiques sociales, 1999), le programme des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants (Santé Canada, 2000), l'Entente sur le développement de la petite enfance (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2000) et le Cadre multilatéral pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants (Ressources humaines et

Développement des compétences Canada, 2003), pour ne nommer que ceux-là. Il se livre aussi à la vague internationale de modernisation des services publics (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2000) et s'est même illustré comme une référence en ce domaine (Institut de la gestion publique et du développement économique, 2006a, 2006b).

Toutefois, au pays, la Loi constitutionnelle de 1867 accorde aux provinces et aux territoires le pouvoir d'administrer les services d'aide et de protection de l'enfance afin d'intervenir, au besoin, et d'établir des lois régissant ces services (Thomlison et Foote, 1987). Les dix provinces qui composent le Canada sont des États fédérés possédant des pouvoirs souverains, indépendants du gouvernement fédéral. Quant aux trois territoires qui en font partie, ce sont des subdivisions administratives d'un espace géographique appartenant à la fédération canadienne et dont l'administration est attribuée au Parlement fédéral. Conséquemment, chaque province et territoire possède ses propres lois, politiques et type de gestion des services destinés aux enfants en difficulté et doit s'assurer qu'ils respectent certains principaux fédéraux.

Le présent chapitre fait état d'une recherche sur la prestation des services canadiens d'aide et de protection de la jeunesse afin de cibler les provinces et les territoires canadiens où les conditions sont le plus favorables à l'implantation du FACNF, dans le but ultime de veiller le plus adéquatement possible au mieux-être des enfants les plus vulnérables. Cette étude s'avère importante, car plusieurs des auteurs affirment qu'une innovation sociale a plus de chance de réussir lorsque l'écart observé entre les pratiques actuelles et les nouvelles proposées est faible (Cleaver *et al.*, 2008), et lorsque le changement est cohérent avec les valeurs organisationnelles (Bareil, 2004).

### **8.3. CONTEXTE DE LA RECHERCHE**

Cette recherche<sup>2</sup> s'inscrit à l'intérieur d'une série d'activités mises en place par le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB) afin de valoriser l'adoption et l'application du FACNF au Canada. Fondé en 2000 par Santé Canada, le CEPB a agi pendant dix ans à promouvoir l'excellence en matière de recherche, de politiques et de pratiques en protection de l'enfance au Canada (CEPB, 2010). Le projet de valorisation du FACNF visait à diffuser et à stimuler l'utilisation de ce modèle de compréhension et d'intervention dans le domaine de l'enfance en difficulté dans l'ensemble du réseau canadien des services d'aide et de protection de la jeunesse afin de mieux répondre à tous les enfants dans le besoin, c'est-à-dire ceux :

---

2 Financée par l'Agence de santé publique du Canada

- à risque de maltraitance ;
- dont le signalement aux agences de protection de l'enfance n'est pas fondé ;
- pris en charge par les services de protection de l'enfance et demeurant dans leur famille d'origine ;
- placés en milieu substitut dont le plan d'intervention vise la réunification familiale.

Ce projet comprenait :

1. une méta-évaluation faisant état des connaissances relatives aux expériences internationales de l'implantation et des effets du FACNF (Léveillé et Chamberland, 2010) ;
2. la tenue d'activités internationales telles que le congrès de l'Association des centres jeunesse du Québec combiné à la IX<sup>e</sup> Conférence internationale Looking After Children (dont le présent livre est issu) et le séminaire postcongrès sur invitation Pour des pratiques de qualité : l'application du modèle britannique des services destinés à l'enfance et à la famille (Initiative AIDES, École de service social, Université de Montréal, et Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 2010) ;
3. l'étude *a)* de l'offre des services destinés aux enfants canadiens dans le besoin et *b)* des pratiques effectives à leur égard dans chaque province et territoire canadien afin de cibler les milieux dans lesquels les conditions de pratiques sont le plus favorables à l'implantation du FACNF.

L'ensemble de ces activités a permis d'approfondir la compréhension des fondements théoriques du FACNF et de ses retombées. De façon précise, le dernier élément de ce plan d'action – l'étude des pratiques effectives à l'**égard** des enfants dans le besoin dans chaque province et territoire canadien afin de cibler les milieux dans lesquels les conditions de pratiques sont le plus favorables à l'implantation du FACNF – fait l'objet du présent chapitre.

## 8.4. MÉTHODE ET STRATÉGIES D'ANALYSE

La méthode de recherche privilégiée est qualitative et se décline en deux volets : une fouille documentaire et une série d'entrevues téléphoniques.

Une **fouille documentaire** est effectuée au printemps 2009 dans les sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada, du gouvernement fédéral canadien et du CEPB afin de : 1) relever les lois, politiques, plans d'action, bilans d'opérations et structures organisationnelles de chaque province et territoire concernant les services offerts aux enfants ; et 2) vérifier jusqu'à quel point les composantes et principes du FACNF y sont présents. Au total, 100 documents sont consultés. La connaissance du contexte socio-politico-administratif de chaque province et territoire en matière de services à l'enfance et à la famille permet de mieux mener les entrevues, d'une part, et de mettre les résultats en perspective, d'autre part.

Des **entrevues téléphoniques semi-structurées** sont réalisées, de novembre 2009 à juin 2010, auprès d'acteurs des réseaux institutionnels de services d'aide et de protection de l'enfance de chaque province et territoire canadien afin de : 1) examiner la manière dont les services destinés aux enfants en difficulté s'organisent et s'actualisent sur le terrain ; et 2) vérifier jusqu'à quel point les composantes et principes du FACNF et de la NGP sont opérationnels. Elles se font au téléphone par deux professionnels de recherche.

Une liste d'informateurs potentiels est d'abord dressée par deux partenaires fondateurs du CEPB, parce qu'ils possèdent une connaissance approfondie des services pancanadiens de protection et d'aide à l'enfance et ont des contacts privilégiés dans ces réseaux. Cette liste comprend, pour chaque province et territoire, le nom et les coordonnées des responsables : 1) de la protection de la jeunesse ; 2) des ministères désignés à l'enfance et à la famille ; et 3) des agences et organismes à but non lucratif mandatés par les gouvernements pour offrir des services aux enfants et familles en difficulté. Cette liste est établie en demandant aux personnes contactées d'en nommer d'autres aptes à répondre aux questions d'entrevues de manière à obtenir la participation d'un responsable politique, d'un gestionnaire et d'un intervenant par province ou territoire. Un premier contact se fait auprès des professionnels retenus afin de les informer de la tenue de la recherche, de ses objectifs, de la participation souhaitée, et aussi de les aviser qu'un membre de l'équipe de recherche communiquera de nouveau avec eux au cours des prochains jours afin d'en parler de vive voix. Le canevas d'entrevue est transmis préalablement aux répondants et les entrevues sont enregistrées.

Au total, 35 professionnels se prêtent aux entrevues. Le tableau 8.1 présente la répartition des participants selon la province (ou le territoire) et la fonction qu'ils occupent dans les services d'aide et de protection de l'enfance. Aucun professionnel du Yukon n'a été interrogé.

Seuls un représentant pour le Manitoba et un pour les Territoires du Nord-Ouest ont pu être interrogés. Dans les deux cas, il s'agit d'un responsable politique. Dans l'ensemble, ce type de participant est plus représenté (42,9 %) que ne le sont les gestionnaires (28,6 %) et les intervenants (28,6 %). Cinquante-huit pour cent sont des femmes. La plupart (45 %) des personnes interrogées sont diplômées en service social.

**Tableau 8.1 – Répartition des participants**

Province ou territoire	Type de participant			Total
	Responsable politique	Gestionnaire	Intervenant	
Alberta	2	1	1	4
Colombie-Britannique	1	1	1	3
Île-du-Prince-Édouard	1	1	1	3
Manitoba	1	0	0	1
Nouveau-Brunswick	1	2	1	4
Nouvelle-Écosse	1	1	1	3
Nunavut	1	1	1	3
Ontario	1	1	1	3
Québec	3	1	1	5
Saskatchewan	2	0	1	3
Terre-Neuve-et-Labrador	0	1	1	2
Territoires du Nord-Ouest	1	0	0	1
Yukon	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>35</b>

Un canevas d'entrevue est créé et se compose de deux sections. La première comprend 11 questions sur l'organisation des services qui s'inspirent d'une grille développée par Cameron *et al.* (2007) sur les éléments constitutifs et comparatifs de la conception des systèmes de protection anglo-américains. La seconde section inclut cinq questions qui, à partir d'un exemple typique ou d'une histoire de cas choisi par chaque répondant, traitent des pratiques exercées dans la province (ou le territoire) auprès d'un enfant en grande difficulté. L'exercice vise à suivre le parcours de l'enfant à l'intérieur du système d'aide et de protection de l'enfance, depuis le

moment où il y entre jusqu'à celui où il en sort. Les questions portent tant sur l'analyse (évaluation) de la situation de l'enfant que sur la planification des interventions, l'application de celles-ci et la révision de la situation.

Une grille d'analyse est utilisée tant pour la fouille documentaire que pour les entrevues. Elle comprend les trois domaines et les dix principes du FACNF, tels que définis dans le document explicatif du gouvernement britannique sur le FACNF (Royaume-Uni. Department of Health, Department for Education and Employment et Home Office, 2000). Tout le matériel recueilli est codifié par deux assistantes ou professionnelles de recherche. Les codes communément attribués par les deux codificatrices ne sont pas discutés. Toutefois, pour chaque désaccord, une discussion conduit à un code consensuel.

En ce qui concerne précisément l'analyse des entrevues, le Yukon ne fait pas l'objet d'étude, car aucun représentant ciblé n'a participé aux entrevues. Le Manitoba et les Territoires du Nord-Ouest sont retirés des analyses, étant donné qu'une perspective unique est livrée. Ainsi, les résultats reposent sur les propos recueillis des informateurs clés de dix provinces et territoire plutôt que de treize.

## **8.5. RÉSULTATS**

Les résultats présentés dans ce chapitre proviennent de l'analyse des entrevues et visent à obtenir une vue d'ensemble de la présence et de l'actualisation du modèle à l'étude dans l'ensemble du Canada. Ils sont ainsi présentés en fonction de chaque domaine et principe du FACNF. Les propos de certains des répondants sont rapportés<sup>3</sup> tout au long de la présentation des résultats afin d'illustrer concrètement comment s'actualisent ou non les domaines et les principes du FACNF. Ultiment, cette analyse permettra de cibler les milieux qui apparaissent les plus favorables à l'adoption de ce cadre de référence novateur.

### **8.5.1. DOMAINES DU MODÈLE ÉTUDIÉ**

Le FACNF propose la lecture simultanée des besoins en matière de développement de l'enfant, des capacités parentales à les satisfaire et des facteurs familiaux et environnementaux qui agissent sur les deux premières dimensions et sur les relations entre elles.

---

3. Ils sont traduits librement par l'équipe de recherche.

Le domaine qui concerne les **besoins en matière de développement de l'enfant** en regroupe sept : 1) la santé, 2) l'éducation, 3) le développement comportemental et affectif, 4) l'identité, 5) les relations familiales et sociales, 6) la présentation de soi à autrui et 7) l'autonomie. Les résultats indiquent que c'est essentiellement la notion de « risque » (de maltraitance) qui est relatée par les professionnels interrogés, au détriment de celle de « besoins » (de développement de l'enfant). La quasi-totalité des répondants indiquent que le danger pour l'enfant est d'emblée considéré dans leurs institutions :

*Nous utilisons, dans tous les cas, quel que soit le problème, nous investiguons et évaluons les risques pour chaque famille au tout début, lorsqu'elles [les familles] entrent aux premiers stades de nos services qui, comme je l'ai dit, consistent en la phase de sécurité pour le bien-être de l'enfant (P210).*

*Un enfant doit être considéré comme ayant besoin de protection afin de recevoir nos services (P080).*

*Au-delà de cela, nous regardons le risque pour l'enfant. De toute évidence, quand on regarde cela, nous devons identifier que quelqu'un est l'agresseur ou l'auteur (P014).*

En revanche, certains propos laissent penser que le « développement de l'enfant » est de plus en plus envisagé comme objet de rétention d'un signalement à la protection de la jeunesse. Ces informateurs clés affirment que l'analyse des situations des enfants axée sur l'évaluation de leurs besoins est une pratique en émergence. Ces besoins ne sont toutefois pas définis de façon explicite. En revanche, lorsqu'ils le sont, les représentants interviewés nomment surtout des besoins en lien avec les sphères de la santé et de l'éducation.

Les **capacités parentales à répondre aux besoins de l'enfant**, qui représentent le deuxième système défini dans le modèle à l'étude, consistent à : 1) prodiguer les soins de base à l'enfant, 2) le sécuriser, 3) lui donner de l'affection, 4) le stimuler, 5) l'encadrer et 6) lui offrir une stabilité. Ce thème est peu développé par les participants. L'examen de leurs paroles révèle que c'est surtout l'habileté du parent à sécuriser physiquement l'enfant et le souci d'aider les parents à mieux fournir les soins de base à l'enfant qui sont principalement jugés dans les services. De plus, pour certains informateurs clés, les capacités parentales sont énoncées selon les capacités mentales des parents.

*Concernant l'enquête, notre implication est que nous effectuons l'évaluation de la capacité d'un parent en termes de santé mentale ou de fonctionnement mental. Donc, c'est notre rôle spécifique au niveau de l'investigation (P021).*



*Nous, dans certaines situations, mais pas dans toutes, nous faisons l'évaluation des capacités parentales. Ici, dans [la province], c'est quelque chose qui n'est pas requis pour toutes les familles, mais il peut y en avoir, dans certaines circonstances. [...] C'est plus pour les familles où les intervenants s'interrogent sur la capacité éventuelle de ces parents à être parent. [...] Il y en a d'autres [familles], vous savez, où vous vous interrogez sur : « Ont-ils la capacité mentale ou ont-ils simplement la capacité d'être parent ? Quelle est leur capacité ? » Cela aide à élaborer un plan (P220).*

Ces résultats laissent croire qu'il existe une confusion chez ces professionnels entre les compétences du parent à s'occuper de son enfant et les facteurs qui les influencent. En fait, la santé mentale d'un parent peut jouer un rôle dans sa capacité à répondre aux besoins de l'enfant, mais ne constitue pas à elle seule cette réponse.

En ce qui a trait au troisième et dernier domaine envisagé dans le FACNF, les **facteurs familiaux et environnementaux**, il inclut : 1) l'histoire et le fonctionnement de la famille, 2) la famille élargie, 3) le logement, 4) l'emploi, 5) l'intégration sociale, 6) les ressources communautaires et 7) les revenus. Les représentants interrogés abordent très peu cette sphère. Chez ceux qui le font, leurs propos portent surtout sur la dimension de l'histoire et du fonctionnement de la famille :

*Nous avons notre outil de gestion des risques qui évalue de nombreux facteurs qui sont connus pour augmenter ou réduire les risques, et certains de ces éléments de notre outil comprennent des facteurs tels que la toxicomanie, des antécédents familiaux de violence, par exemple si la famille d'origine a connu une histoire antérieure d'abus (P250).*

Plus particulièrement, les problèmes de dépendance et de santé mentale des parents ainsi que la violence conjugale figurent parmi les facteurs les plus souvent notés :

*[...] pendant qu'ils travaillent sur les problèmes personnels, que ce soit leur dépendance, la violence conjugale ou autres, et qui mettent leur enfant à risque de préjudice (P023).*

*Si un parent a un problème de dépendance et que, à cause de ça, les enfants ne sont [pas] nourris ; ou si toute la famille se prête au « gambling » ; ou les enfants sont laissés sans supervision, eh bien un plan d'intervention serait développé avec la famille afin qu'ils sachent ce dont ils ont besoin pour que l'enfant ne soit plus à risque (P290).*

Certains répondants soulignent, par ailleurs, que la pratique tient compte de la famille élargie et des revenus familiaux. Un seul mentionne que la vie sociale est prise en compte dans l'évaluation des situations.

Les derniers extraits d'entrevues montrent que les quelques facteurs familiaux et environnementaux soulevés par les participants le sont dans un contexte de gestion du risque ou du danger (du dommage) pour l'enfant. Il en va de même pour la notion de capacités parentales, qui semble se limiter à celle de protéger l'enfant de ce danger et à lui apporter la sécurité nécessaire pour l'atténuer. Le parent est implicitement jugé par les répondants comme la menace pour l'enfant. Les autres réponses qu'un parent doit obligatoirement offrir à son enfant pour qu'il se développe normalement ne sont pas (ou quasiment pas) relatées. Assurer la sécurité (la protection) est à ce point important pour les professionnels interrogés qu'elle occulte non seulement les autres capacités parentales qu'un parent doit posséder dans son répertoire comportemental, mais également la diversité des facteurs familiaux et environnementaux qui exercent une influence sur celles-ci. De plus, elle constitue la réponse principale des institutions représentées par les participants de l'étude aux enfants vulnérables. La notion de protection est tellement dominante que lorsque les informateurs clés discutent des besoins de l'enfant, ils en parlent presque uniquement en des termes de « besoins de protection » ou de « besoins de sécurité ». Or la protection et la sécurité sont des *réponses* à offrir à l'enfant et non des *besoins*, selon le modèle à l'épreuve. Plus précisément, la sécurité est la mise en œuvre de mesures pour éviter les dommages (prévention) ou pour diminuer les conséquences si l'événement dommageable survient (protection). Les institutions ont tendance à offrir d'emblée cette réponse aux enfants en difficulté, alors que le FACNF préconise des réponses multiples à partir d'une analyse globale de la situation.

### 8.5.2. PRINCIPES DU MODÈLE FACNF

Alors que les domaines et dimensions du FACNF balisent le contenu de l'information à collecter et analyser, les principes sur lesquels il repose dictent la manière dont il faut les traiter. Les principes ont été énumérés précédemment et sont repris un à un ci-dessous dans la présentation des résultats.

Le principe selon lequel les pratiques sont **centrées sur l'enfant** n'est pas présent dans le contenu que la majorité des informateurs clés livrent. Même que certains soulignent clairement que le bien-être des enfants n'est pas au cœur de l'évaluation des situations. Pour le reste, parfois les participants nomment le concept du « meilleur intérêt de l'enfant », sans le développer : « *Eh bien, c'est dans le meilleur intérêt de l'enfant, toujours. Ce n'est pas dans le meilleur intérêt de la famille, c'est dans le meilleur intérêt de l'enfant. C'est primordial* » (P240). Une professionnelle rapporte accorder une

attention particulière à l'enfant en adaptant ses interventions en fonction de son âge et de ses préférences. Un autre souligne l'importance de respecter le plus possible l'intimité de l'enfant pour qu'il ne se sente pas honteux ou gêné, sans nécessairement indiquer la manière dont cette considération est actualisée.

Le principe en vertu duquel les pratiques sont **motivées par le développement de l'enfant** est abordé par peu de représentants interrogés. Quelques-uns soulignent la nécessité d'être conscients des étapes du développement de l'enfant et des étapes de vie. D'autres renvoient aux retards que présentent les enfants dans leur développement. Dans tous les cas où la notion de développement est mentionnée, elle n'est pas détaillée.

Pour leur part, les pratiques qui **reposent sur une approche écologique** seraient exercées par la plupart des professionnels interrogés. Certains participants se réfèrent explicitement aux cibles des services qui composent le FACNF : l'enfant, les parents et les familles et la communauté. C'est le cas notamment des représentants de l'Alberta, qui a institué l'utilisation du FACNF pour l'offre des services destinés aux enfants dans le besoin. Cette perspective écologique est appliquée dans le but de gérer les risques pour la sécurité de l'enfant. De même, des informateurs clés rapportent recueillir des renseignements auprès d'acteurs de divers milieux que l'enfant fréquente afin d'évaluer le degré de risque auquel l'enfant est exposé. Certains expriment clairement que le parent demeure la source principale de risque et la cible d'intervention. Bien que l'évaluation des situations tienne compte de plusieurs milieux que l'enfant fréquente, il n'en demeure pas moins qu'elle offre une image incomplète de la situation de l'enfant, comme le signalent quelques participants. Selon eux, le manque de formation et les outils d'évaluation utilisés mènent à dresser ce portrait biaisé.

Par ailleurs, **assurer l'égalité des chances** afin que tous les enfants vulnérables se développent de manière optimale et reçoivent les services nécessaires pour ce faire ne s'avérerait pas dans la pratique. Chez la moitié des professionnels interviewés qui évoquent ce principe, leurs dires laissent penser que tous les enfants ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin. En effet, ils parlent de disparité dans la disponibilité des services entre les milieux urbains et ruraux, de listes d'attente pour recevoir les services, de la durée limitée des services offerts et des délais prescrits à respecter. En revanche, quelques-uns rapportent que les familles autochtones de leur territoire recevraient des services adaptés à leurs particularités culturelles. Toutefois, cette réalité n'est pas présente dans tous les territoires et provinces.

La **participation de l'enfant et de sa famille** aux services qui les concernent est un principe du modèle étudié qui est largement exprimé par les participants. Beaucoup de participants abordent cet aspect selon l'angle de l'adhésion des parents aux services de protection. Il s'agit de la notion de mesures volontaires par opposition à celle des mesures ordonnées par le tribunal. Une famille « collabore » si elle accepte les services. Sinon, les procédures judiciaires sont enclenchées. Bon nombre de participants font allusion à l'existence d'options alternatives aux procédures traditionnelles de justice qui visent la participation de la famille, telles que les conférences familiales (*family group conferencing*) et la médiation. Lorsque les mesures volontaires sont appliquées, les enfants et surtout les parents sont invités à participer à la planification des interventions. Leur participation active à la prise des décisions est visée. Dans les faits, toutefois, la pratique de la participation en coconstruction en est à ses premiers balbutiements et moins certaine, comme le déclarent des informateurs clés :

*Il n'y a rien dans le système qui nous oblige à faire participer les familles, vraiment rien d'autre qu'une simple déclaration philosophique. Il n'y a rien de structurel dans notre approche de prestation de services qui suggère que les familles sont une partie prenante de l'évaluation du résultat de la prestation de services (P260).*

La participation se limiterait souvent à une invitation aux parents à la planification des services, où ils sont consultés dans le but de recueillir de l'information pour les professionnels :

*Ils [les parents] peuvent être consultés à tout moment au cours de ce processus afin d'établir une bonne compréhension ou une image claire de la famille. [...] Ainsi, l'engagement des parents vise à les faire sentir à l'aise de nous fournir les renseignements dont nous avons besoin afin de prendre cette décision [...], de sorte que vous puissiez mettre en face de la famille toutes les informations qu'elle vous donne et les aider ainsi à comprendre pourquoi vous êtes venu à la conclusion à laquelle vous êtes venu (P014).*

Le principe selon lequel les pratiques **s'élaborent tant en considérant les forces qu'en cernant les difficultés** est fort peu documenté dans la présente étude. Seuls les informateurs de deux provinces en font mention. Dans un cas, l'adoption récente du modèle différentiel de réponse aux enfants vulnérables (*differential response model*) commande aux intervenants de travailler avec les forces des familles. On ne sait toutefois pas si ces forces sont mobilisées dans la pratique. Dans l'autre, l'intervenante interrogée l'applique si bien qu'elle précise les avantages à le faire : les familles se sentent moins jugées et cela permet d'ouvrir davantage sur leurs difficultés.

À l'instar du thème de la participation de l'enfant et de sa famille, celui de la **collaboration interorganisationnelle** est longuement traité par les professionnels interrogés, et ce, tant à l'évaluation de la situation qu'à la planification des interventions que lors des interventions mêmes ou des suivis. L'« organisation » renvoie tant à des institutions gouvernementales qu'à des organismes communautaires offrant des services complémentaires à la famille. Dans tous les cas, les services de protection transigent avec les services spécialisés dans la communauté. La plupart du temps, il s'agit de recommandations et de suivis comme pratiques de « collaboration » ou encore de concertation. Plus précisément, cette forme de collaboration interorganisationnelle se manifeste par la sous-traitance des services de protection de la jeunesse aux services en santé mentale et en toxicomanie pour soutenir les parents. L'intégration interorganisationnelle se déroulerait davantage dans le contexte des conférences familiales ou, rarement, dans celui des plans de services intégrés (PSI). Enfin, les participants parlent plus souvent de collaboration interdisciplinaire qu'interorganisationnelle ou qu'intersectorielle. Il est par ailleurs impossible d'estimer si les services s'organisent réellement en coconstruction entre eux afin d'offrir une continuité en réponse aux besoins des jeunes et des familles.

Le FACNF propose que l'analyse et la compréhension de la situation d'un enfant se fassent de **façon continue** et non en une seule étape. Il s'agit donc d'un processus itératif qui s'opère du moment où l'enfant entre dans les services et jusqu'à celui où il en sort (durant les phases d'évaluation, de planification des interventions, d'interventions et de suivis). D'après le peu d'information disponible sur le sujet, les participants ont tendance à parler de la continuité de l'« évaluation », et non de celle de la compréhension des situations. Très souvent, il existe une période prescrite pour l'« évaluation ». Ils expriment la continuité par l'ajout de nouvelles informations portées à leur attention et par les « réévaluations » du risque pour l'enfant effectuées lors des révisions des plans d'intervention :

*L'évaluation d'une famille est constante. « Constant » ne signifie pas nécessairement chaque jour, mais vous êtes un travailleur de la protection de la jeunesse si vous gardez le dossier de la famille ouvert, vous êtes tenus de continuer à les évaluer. Votre évaluation des risques est mise à jour périodiquement de manière à garder les dossiers ouverts pour les familles où il y a besoin de protection et de fermer ceux basés sur une réduction du risque au sein de la famille ou de l'enfant ou des enfants (P015).*

Par ailleurs, quelques répondants renvoient au modèle de réponses multiples (*multiple response model*) qui s'implante dans leur province ou territoire.

Le principe en vertu duquel l'analyse de la situation d'un enfant se fait **parallèlement** aux services que lui et sa famille reçoivent est peu évoqué dans les propos des participants. Le discours de ceux qui le font indique que l'« évaluation » précède toujours l'intervention, de sorte que ces pratiques ne sont pas menées en même temps. L'intervention peut même se faire attendre, étant donné la durée parfois élevée de l'« évaluation ». Il peut arriver exceptionnellement que des services soient mis en place avant qu'une décision soit prise relativement au risque pour l'enfant ou avant qu'un plan d'intervention soit rédigé : « *Dans des situations d'urgence où les intervenants [...] doivent peut-être offrir de l'aide de façon urgente pour peut-être des retraits d'enfants ou des choses comme ça, où l'évaluation se fait peut-être plus rapidement, je sais pas. Quand tu offres un service, nécessairement t'as fait l'étape d'évaluer le besoin* » (P001-002-003). Selon les dires de bon nombre des professionnels interrogés, des services sont fournis aux mères victimes de violence conjugale en même temps que des services de protection sont prodigués à leurs enfants. La plupart décrivent que la protection d'un enfant est offerte simultanément avec les services spécialisés aux parents, tels que ceux en santé mentale et toxicomanie. En somme, l'analyse et la compréhension de la situation d'un enfant se produisent distinctement des autres actions.

Enfin, les propos relatifs au principe voulant que les pratiques soient **fondées sur des données probantes** indiquent, dans un premier temps, que la majorité des participants disposent d'outils standardisés pour travailler. Bien que l'application de procédures normalisées soit réglementée dans la plupart des cas, le jugement clinique des intervenants serait également reconnu dans la pratique. Toutefois, certains répondants perçoivent une moins grande latitude des intervenants dans la prise de décision que d'autres : « *Je pense que l'on devrait davantage offrir à ces personnes des outils plus conviviaux et faire confiance en leur jugement* » (P012). Dans le même sens, d'autres estiment que l'usage systématique d'outils est abusif. Dans un deuxième temps, la mise à jour des connaissances les plus récentes au sujet de l'enfance en difficulté (compréhension des problématiques ou intervention) est assurée par la formation des travailleurs sociaux : « *Nous sommes informés de divers ateliers auxquels nous pouvons participer. L'association des travailleurs sociaux de notre province nous envoie régulièrement, comme je l'ai dit, des bulletins et des courriels afin que nous connaissions l'offre de ces ateliers* » (P300). Dans une province, par exemple, la licence de pratique des travailleurs sociaux doit être renouvelée annuellement. Pour qu'elle le soit, le professionnel doit prouver qu'il a reçu 40 heures de formation continue. Par ailleurs, quelques professionnels interrogés rapportent la défaillance dans l'offre de formation continue sur leur territoire. En troisième et dernier lieu, la présence de moyens mis à la disposition

des professionnels afin qu'ils soient au fait des dernières connaissances scientifiques dans leur domaine serait variable d'un milieu de travail à l'autre. Parfois, une personne à l'intérieur d'un établissement est mandatée pour repérer et diffuser l'information pertinente. Parfois, l'institution est en lien étroit avec un centre de recherche, alors que pour d'autres informateurs clés, les données probantes sont peu accessibles.

## CONCLUSION

Le but de ce chapitre était de faire état des pratiques canadiennes en matière d'aide et de protection des enfants telles que rapportées par des informateurs clés afin de cibler les milieux les plus aptes à s'adapter à l'implantation du modèle britannique des services à l'enfance, le FACNF. Les résultats indiquent que, bien que les provinces et territoires canadiens adhèrent au modèle par leurs lois, politiques et programmes respectifs, les pratiques en ce sens tardent à s'installer. En effet, dans l'ensemble, la gestion du risque pour la sécurité de l'enfant demeurerait le principal paradigme appliqué dans les services destinés aux enfants en grande difficulté. Les parents seraient encore considérés comme la principale menace pour l'enfant, notamment à cause des troubles de santé mentale et de la toxicomanie que plusieurs présentent. Le discours des personnes interrogées relate peu une pratique centrée sur l'enfant et ses besoins en matière de développement. Lorsque certaines en parlent, elles focalisent sur ceux liés à sa santé et à son éducation. La plupart des participants discutent aisément des approches participative avec les parents (et enfants) et collaborative avec les professionnels. Toutefois, leur actualisation sur le terrain semble peu développée. La participation des usagers et de leur famille serait surtout pour éviter la judiciarisation des interventions. La collaboration des professionnels de diverses organisations se traduirait surtout par des recommandations et des suivis entre eux. Enfin, les services seraient offerts en fonction davantage des réalités politico-administratives des organisations que de celles des enfants et de leur famille. En fait, ce sont ces personnes en difficulté qui s'adapteraient à ce qu'offrent les services et non l'inverse. Elles doivent en effet répondre à des critères précis afin d'être « admissibles » aux services.

Au Canada, le modèle étudié est partiellement importé. En effet, l'approche Looking After Children (LAC) est implantée, à des degrés divers depuis l'an 2000, dans presque toutes les provinces. LAC, qui est l'ancêtre du FACNF, examine globalement tous les ans le progrès des enfants placés selon les sept dimensions définies dans le FACNF pour qu'ils se développent sainement (voir les chapitres 2 et 3 pour LAC au Québec [SOCEN – S'occuper des enfants] et le chapitre 4 pour LAC en Ontario).

Le FACNF insiste sur l'importance de tenir compte des conditions familiales et environnementales dans la pratique de cet examen afin que son application soit élargie aux enfants en grande difficulté qui vivent dans leur famille d'origine. Il est instauré pour tous les enfants vulnérables en Alberta depuis 2004 et a fait l'objet d'une évaluation auprès de cette population au Québec en 2007 (Initiative AIDES, chapitre 7). Les expériences internationales du recours au FACNF ont généré des retombées positives sur les pratiques auprès des enfants en difficulté : une meilleure « évaluation » des situations dans lesquelles ces enfants vivent, une vision plus holistique et centrée sur l'enfant, une meilleure planification, une augmentation des collaborations interprofessionnelles et interorganisationnelles, et une plus grande participation des enfants et des parents à la prestation des services (Léveillé et Chamberland, 2010). Les résultats de la présente recherche indiquent que les provinces et territoires canadiens doivent poursuivre leur travail pour atteindre des pratiques qui reposent sur une vision globale et collective du bien-être des enfants. Les moyens pour ce faire sont largement documentés et visent à installer des dispositifs structurels et processuels qui soutiennent l'implantation d'une innovation dans tous les aspects écosystémiques en jeu (Cleaver *et al.*, 2008 ; Léveillé et Chamberland, 2011). Les efforts vont dans ce sens, bien que les défis demeurent de taille, puisque les instances doivent tenir compte des causes multiples de la « résistance au changement » (Bareil, 2004).

Plusieurs éléments limitent la portée de ces résultats. D'abord, le recours à des entrevues pour recueillir les données repose sur des perceptions des personnes interrogées et devraient idéalement être jumelées à une ou d'autres méthodes telles que l'observation et la consultation de dossiers cliniques ou de registres administratifs. Ensuite, il est possible que certaines questions du canevas d'entrevue utilisé génèrent un contenu plus lié à la protection de la jeunesse qu'à la promotion de son bien-être. Enfin, le petit nombre de professionnels interrogés par province ou territoire ne permet pas d'obtenir des résultats fiables sur l'ensemble des pratiques destinées aux enfants en difficulté de cette province ou de ce territoire. Un plus grand nombre de répondants aurait été préférable. Néanmoins, la présente recherche offre des indices montrant que quelques éléments du modèle s'installent lentement dans les pratiques, notamment la collaboration multidisciplinaire et la nécessité d'être plus au fait des données scientifiques les plus récentes dans le domaine de l'enfance en difficulté. Ces résultats sont tout de même encourageants, étant donné que le FACNF n'était que très partiellement implanté au pays. Rappelons qu'il faudrait de cinq à dix ans à toute initiative pour produire les changements attendus (Goodman, Wheeler et Lee, 1995).



## BIBLIOGRAPHIE

- BAREIL, C. (2004). *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits*, <[http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04\\_10.pdf](http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf)>.
- BARZELAY, M. (2002). « Origins of the new public management : An international view from public administration/political science », dans K. McLaughlin, S.P. Osborne et E. Ferlie (dir.), *The New Public Management : Current Trends and Future Prospects*, Londres, Routledge, p. 15-33.
- BORINS, S. (1995). « Summary : Government in transition – A new paradigm in public administration' in commonwealth Secretariat », dans Commonwealth Secretariat (dir.), *Government in Transition : The Inaugural Conference of the Commonwealth Association for Public Administration and Management*, Toronto, Commonwealth Secretariat, p. 3-23.
- CAMERON, G. et N. FREYMOND (2003). *Canadian Child Welfare : Systems Design Dimensions and Possibilities for Innovation*, Waterloo, Partnerships for Children and Families Project, Faculty of Social Work, Université Wilfrid Laurier.
- CAMERON, G., FREYMOND, N., CORNFIELD, D. et S. PALMER (2007). « Positive possibilities for child and family welfare : Expanding the Anglo-American child protection paradigm », dans G. Cameron, N. Coody et G.R. Adams (dir.), *Moving Toward Positive Systems of Child and Family Welfare : Current Issues and Future Directions*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, p. 1-77.
- CAMERON, G., FREYMOND, N. et C. ROY (2003). « Avenues for positive innovation in Canadian child welfare : Lessons from the Partnerships for Children and Families Project », dans N. Trocmé, C. Chamberland et C. Roy (dir.), *Child Welfare Community Collaboration and Differential Response*, Ottawa, Centre of Excellence for Child Welfare, p. 14-31.
- CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA PROTECTION et LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS – CEPB (2010). *Rapport final – 2009-2010*, Université de Toronto.
- CLEAVER, E., PITHOUSE, A., WENDY, R. SCOTT, J. et H. WARD (2008). *The Integrated Children's System : Enhancing Social Work and Inter-Agency Practice*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- CONFÉRENCE DE LA HAYE DE DROIT INTERNATIONAL PRIVÉ (1993). *Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale*, <[http://www.hcch.net/index\\_fr.php?act=conventions.text&cid=69](http://www.hcch.net/index_fr.php?act=conventions.text&cid=69)>.
- CONFÉRENCE DE LA HAYE DE DROIT INTERNATIONAL PRIVÉ (1996). *Convention concernant la compétence, la loi applicable, la reconnaissance, l'exécution et la coopération en matière de responsabilité parentale et de mesures de protection des enfants*, <[http://www.hcch.net/index\\_fr.php?act=conventions.text&cid=70](http://www.hcch.net/index_fr.php?act=conventions.text&cid=70)>.
- CONSEIL FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL DE MINISTRES SUR LA REFORTE DES POLITIQUES SOCIALES (1999). *A National Children's Agenda : Developing a Shared Vision*, Ottawa, Conseil fédéral-provincial-territorial de ministres sur la refonte des politiques sociales, 37 p.
- FINGER, M. (1997). « Le New Public Management – reflet et initiateur d'un changement de paradigme dans la gestion des affaires publiques », dans Université de Genève, Faculté de droit (dir.), *Nouvelle gestion publique : chances et limites d'une réforme de l'administration*, Genève, Travaux CETEL, n° 48, p. 3-23.
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (1990). *First Call for Children : World Declaration and Plan of Action from the World Summit for Children*, <[http://www.unicef.org/french/about/history/files/WSC\\_declaration\\_first\\_call\\_for\\_children.pdf](http://www.unicef.org/french/about/history/files/WSC_declaration_first_call_for_children.pdf)>.
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (2002). *Un monde digne des enfants*, <[http://www.unicef.org/specialsession/docs\\_new/documents/A-RES-S27-2F.pdf](http://www.unicef.org/specialsession/docs_new/documents/A-RES-S27-2F.pdf)>.

- GOODMAN, R.M., WHEELER, F.C. et P.R. LEE (1995). « Evaluation of the Heart To Heart Project : Lessons from a community-based chronic disease prevention project », vol. 9, n° 6, p. 443-455.
- INITIATIVE AIDES, ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, et CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION et LA PRÉVENTION PSYCHOSOCIALES (2010). *Pour des pratiques de qualité : l'application du modèle britannique des services destinés à l'enfance et à la famille*, Montréal, Initiative AIDES, École de service social, Université de Montréal, et Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, <[http://www.initiativeaides.ca/sites/www.initiativeaides.ca/files/résuméthèmes\\_bilingue\\_1.pdf](http://www.initiativeaides.ca/sites/www.initiativeaides.ca/files/résuméthèmes_bilingue_1.pdf)>.
- INSTITUT DE LA GESTION PUBLIQUE et DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (2006a). *25 ans de réforme de la gestion publique dans les pays de l'OCDE : convergence et systémique*, <[http://www.institut.minefi.gouv.fr/sections/recherche\\_publications/gestion-publique-a-l\\_internati/etudes/bilan\\_de\\_25\\_ans\\_de\\_r/downloadFile/attachedFile/Dossier\\_25ans\\_Reformes\\_de\\_la\\_Gestion\\_Publique.pdf?nocache=1153237437.65](http://www.institut.minefi.gouv.fr/sections/recherche_publications/gestion-publique-a-l_internati/etudes/bilan_de_25_ans_de_r/downloadFile/attachedFile/Dossier_25ans_Reformes_de_la_Gestion_Publique.pdf?nocache=1153237437.65)>.
- INSTITUT DE LA GESTION PUBLIQUE et DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (2006b). *25 ans de réforme de la gestion publique dans les pays de l'OCDE : fiches pays*, <[http://www.institut.minefi.gouv.fr/sections/recherche\\_publications/gestion-publique-a-l\\_internati/etudes/bilan\\_de\\_25\\_ans\\_de\\_r/downloadFile/attachedFile\\_1/25ans-reformes-pays.pdf?nocache=1153305641.44](http://www.institut.minefi.gouv.fr/sections/recherche_publications/gestion-publique-a-l_internati/etudes/bilan_de_25_ans_de_r/downloadFile/attachedFile_1/25ans-reformes-pays.pdf?nocache=1153305641.44)>.
- KUFELDT, K., SIMARD, M. et J. VACHON (2000). *Looking After Children in Canada : Final Report*, Fredericton, Université du Nouveau-Brunswick, Muriel McQueen Fergusson Centre for Family Violence Research.
- LÉVEILLÉ, S. et V. BOUCHARD (2007). « Des univers parallèles ? », dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 7-29.
- LÉVEILLÉ, S. et C. CHAMBERLAND (2010). « Toward a general model for child welfare and protection services : A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF) » *Children and Youth Services Review*, vol. 32, n° 7, p. 929-944, doi:10.1016/j.childyouth.2010.03.009.
- LÉVEILLÉ, S., LESSARD, D., CHAMBERLAND, C. et A.-M. POIRIER (2009). « Working together for the promotion and protection of the developmental needs of the child : Two examples from Québec sharing the same vision and consistent with the International Convention on the Rights of the Child », communication présentée à la Multi-disciplinary Conference of the Faculty of Law of the University of Toronto, *The Best Interests of the Child : Meaning and Application in Canada*, Toronto, février.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*, <<http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>>.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES (2002a). *Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants*, <<http://www2.ohchr.org/french/law/crc-sale.htm>>.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES (2002b). *Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés*, <<http://www2.ohchr.org/french/law/crc-conflict.htm>>.
- RESSOURCES HUMAINES et DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA (2000). *Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance*, <[http://www.dpe-agje.ca/fra/dpe/dpe\\_communique.shtml](http://www.dpe-agje.ca/fra/dpe/dpe_communique.shtml)>.

- RESSOURCES HUMAINES et DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA (2003). *Cadre multilatéral sur l'apprentissage et la garde des jeunes enfants*, <[http://www.dpe-ajje.ca/fra/agje/agje\\_cadremulti.shtml](http://www.dpe-ajje.ca/fra/agje/agje_cadremulti.shtml)>.
- ROYAUME-UNI (1989). *Children Act*, <[https://www.legislation.hmsso.gov.uk/acts/acts1989/ukpga\\_19890041\\_en\\_1](https://www.legislation.hmsso.gov.uk/acts/acts1989/ukpga_19890041_en_1)>.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH (2000). *Assessing Children in Need and Their Families : Practice Guidance*, <<http://www.crin.org/docs/assessing%20children%20in%20need%20and%20their%20families-%20practice%20guid.pdf>>.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH (2001). *Studies Informing the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*, Londres, Her Majesty's Stationery Office, 195 p.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH, DEPARTMENT FOR EDUCATION AND EMPLOYMENT et HOME OFFICE (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*, <[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digital-assets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4014430.pdfU](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digital-assets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014430.pdfU)>.
- SANTÉ CANADA (2000). *Programme des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants*, <[http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/Centres\\_FR\\_ANG.pdf](http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/Centres_FR_ANG.pdf)>.
- SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR DU CANADA (2000). *Des résultats pour les Canadiens et Canadiennes : un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*, <[http://www.tbs-sct.gc.ca/report/res\\_can/rc-fra.pdf](http://www.tbs-sct.gc.ca/report/res_can/rc-fra.pdf)>.
- THOMLISON, R.J. et C.E. FOOTE (1987). « Child welfare in Canada », *Child and Adolescent Social Work*, vol. 4, n° 2, p. 123-143.
- TROCMÉ, N. et C. CHAMBERLAND (2003). « Impliquer la communauté : la nécessité de l'approche différentielle pour rehausser les services de protection de l'enfance au Canada », dans N. Trocmé, D. Knoke et C. Roy (dir.), *Collaboration communautaire et approches différentielles : recherches et pratiques novatrices canadiennes et internationales*, Ottawa, Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, p. 31-57.



**SECTION 3** **REGARDS**  
**SUR CERTAINS**  
**PRINCIPES**  
**SOUS-TENDANT**  
**LE MODÈLE PROPOSÉ**



# NÉGLIGENCE ENVERS LES ENFANTS ET INTÉGRATION DES SERVICES

## ÉTUDE UTILISANT DES MÉTHODES COMBINÉES<sup>1</sup>

---

**Ruth M. CHAMBERS, Ph. D.**

Long Beach School of Social Work, Université de l'État de la Californie

Il est largement démontré que les familles suivies par le système de protection de l'enfance en raison de négligence connaissent de multiples problèmes interreliés, tels que des troubles de santé mentale ou d'abus de substances et des situations de violence conjugale (Hazen *et al.*, 2004 ; Smith et Fong, 2004). De plus, ces familles sont souvent aux prises avec des problèmes liés à la pauvreté tels que le chômage, les logements inadéquats, une couverture minimale en matière de santé et un voisinage violent (Sykes, 2011).

La négligence est la forme de maltraitance le plus souvent déclarée et corroborée aux États-Unis (U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children Youth and Families et Children's Bureau, 2010)<sup>2</sup>. Pourtant,

---

1. Ce chapitre a été traduit par la firme TraductArt | TranslatArt.

2. Au Québec aussi, la négligence est la forme de mauvais traitement dont le signalement est le plus souvent retenu et fondé (Association des centres jeunesse du Québec, 2013).

d'importants auteurs du domaine de la protection de l'enfance mentionnent que ce problème social est souvent absent des ouvrages sur la maltraitance envers les enfants (Garbarino et Collins, 1999 ; Pelton, 1994). On ne saurait trop souligner la gravité de cette curieuse omission : comparés aux enfants qui sont physiquement maltraités, les enfants négligés sont plus susceptibles d'être retirés de leur foyer (Lindsey, 2004), de demeurer plus longtemps en foyer d'accueil (Lindsey, 1991 ; Swift, 1995), de vivre dans des milieux défavorisés, et moins susceptibles de revenir auprès de leurs parents biologiques (Sedlak et Broadhurst, 1996 ; U.S. Department of Health and Human Services *et al.*, 2010).

Malgré la prévalence et les conséquences de la négligence, trop peu de recherches sont menées sur ce sujet, si l'on compare aux autres types de maltraitance (Garbarino et Collins, 1999 ; Swift, 1995). En général, les recherches sur la négligence sont des études rétrospectives donnant des descriptions et établissant des liens corrélationnels plutôt que causaux. Par conséquent, il est difficile de déterminer les voies qui mènent à la négligence envers les enfants (Kelleher *et al.*, 1994 ; Smith et Fong, 2004). Étant donné ces limites, il est extrêmement difficile de généraliser les résultats et de proposer aux professionnels des pistes d'intervention possibles (Black et Dubowitz, 1999).

Alors que certaines recherches établissent une forte corrélation entre la pauvreté et la négligence envers les enfants (Chaffin, Kelleher et Hollenberg, 1996 ; Garbarino et Kostelny, 1992), d'autres études révèlent qu'un fonctionnement parental inadéquat en est peut-être le facteur primordial (Dubowitz et Black, 2002). Toutefois, les connaissances actuelles laissent à désirer quant aux corrélations entre la pauvreté et le fonctionnement parental et, par conséquent, en ce qui concerne les services pouvant le mieux en atténuer les répercussions.

L'intégration des services constitue une formule prometteuse en vue de répondre aux besoins cliniques et économiques des familles. Elle est définie comme

un effort systématique pour résoudre les problèmes de fragmentation des services ainsi que l'absence de correspondance entre la personne ou la famille aux prises avec des difficultés et des besoins et un programme d'intervention ou une discipline professionnelle visant à créer un système de services sociaux cohérent et adapté aux besoins (Kahn et Kamerman, 1992, p. 5).

Le raisonnement justifiant la prestation de services intégrés se fonde sur la relation de dépendance entre les problèmes sous-jacents à la négligence envers les enfants : pauvreté, troubles de santé mentale,



carence parentale, milieu familial chaotique et abus de substances. Puisque ces problèmes exigent l'aide de différents systèmes, on en déduit que la coordination des services est nécessaire pour obtenir les résultats escomptés (Ragan, 2003).

Étant donné les lacunes dans la documentation mentionnées ci-dessus, cette étude vise à examiner la manière dont les besoins familiaux, les services et les niveaux d'intégration de services influent sur le fonctionnement familial, pour un échantillon de cas corroborés de négligence envers les enfants dans un organisme de services sociaux.

## 9.1. ANALYSE DOCUMENTAIRE

On constate que les mères négligentes sont plus susceptibles d'être isolées, déprimées, stressées et craintives (Bishop et Leadbeater, 1999 ; Chaffin *et al.*, 1996). Certains chercheurs ont aussi découvert que ces femmes présentent plus souvent une faible conception de soi, une faible estime de soi, une torpeur, un comportement infantile et des troubles de dépendance (Polansky, Gaudin et Kilpatrick, 1992). Comparées aux parents violents ou non maltraitants, les mères négligentes ont une attitude plus critique envers leurs enfants, leurs interactions avec eux sont minimales ou néfastes, et elles leur donnent moins d'affection et de conseils ou d'encouragements (Bousha et Twentyman, 1984). En outre, ces mères font preuve de faibles aptitudes parentales, ayant des attentes irréalistes à l'égard de leurs enfants et peu de connaissances concernant les pratiques éducatives (Azar *et al.*, 1984).

Les parents qui abusent d'alcool ou de drogues sont quatre fois plus susceptibles de négliger leur enfant que les autres parents (Chaffin *et al.*, 1996), et leurs enfants sont plus susceptibles de vivre dans de graves états de négligence chronique (Walker, Zangrillo et Smith, 1994). Chez un échantillonnage pris au hasard d'enfants et leur famille recevant des services de protection de l'enfance, l'abus de substances constituait une source de risque de négligence envers les enfants dans 26 % des cas (U.S. Department of Health and Human Services et Children's Bureau, 1997).

Les résultats de la *Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect* (NIS-3 ; Sedlak et Broadhurst, 1996) révèlent que la négligence est 44 fois plus susceptible de se manifester chez les familles dont le revenu annuel est inférieur à 15 000 \$ que chez celles dont le revenu dépasse 30 000 \$. Dans un échantillon de 158 mères dont les enfants étaient placés en foyer d'accueil, 81 % déclaraient des revenus mensuels de beaucoup inférieurs au seuil d'extrême pauvreté (Wells et Shafran, 2005).

En outre, dans une étude sur 747 mères recevant des services de protection de l'enfance, Marcenko, Lyons et Courtney (2011) ont découvert que 70 % d'entre elles étaient sans emploi et que 48,6 % percevaient un revenu annuel de moins de 10 000 \$. Dans une évaluation à l'échelle de l'État de l'Ohio, des chercheurs remarquent que « plus du tiers des familles déclarent des revenus de 15 000 \$ ou moins », et 34 %, des revenus annuels de moins de 5 000 \$ (Loman, Filonow et Siegel, 2010).

Les résultats des recherches démontrent en outre que les familles qui connaissent l'itinérance ou des conditions d'instabilité de logement sont plus susceptibles d'être suivies par les services de protection de la jeunesse (Farrell *et al.*, 2010 ; Shdaimah, 2009). Cinq années durant, Culhane *et al.* (2003) ont suivi une cohorte de femmes d'un segment de population de Philadelphie qui avaient eu un enfant au cours des années 1993 et 1994. Ils ont observé la possibilité de suivi du système de protection de la jeunesse chez trois groupes : a) les mères qui demandaient encore à recevoir des services publics d'hébergement pour sans-abri ; b) les mères qui ne demandaient pas ces services, mais qui vivaient dans des secteurs à faibles revenus ; c) les mères ne correspondant pas à ces catégories. Les résultats révèlent que le groupe toujours sans abri avait 6,87 fois plus de risques d'être suivi par les services de protection de l'enfance que les deux autres groupes. Pour ce qui est du risque de placement en foyer d'accueil, le groupe toujours sans abri avait 8,82 fois plus de risques d'y avoir recours, alors que les personnes du groupe à faible revenu et jamais sans abri avaient 1,59 fois plus de risques de se voir retirer leur enfant (Culhane *et al.*, 2003.).

Les études évaluent que 30 % à 60 % des familles recevant des services de protection de l'enfance vivent en outre de la violence familiale (Kohl *et al.*, 2005). Dans une importante étude visant un échantillon de 2 000 enfants dont le signalement a été corroboré pour maltraitance, 47 % des cas présentaient de la violence conjugale (English, Edleson et Herrick, 2005). Dans une étude longitudinale, McGuigan et Pratt (2001) ont émis l'hypothèse que si la violence familiale était présente durant les six premiers mois de la vie de l'enfant, alors l'enfant connaîtrait des états de négligence avant l'âge de cinq ans. Les résultats confirment que « les familles aux prises avec de la violence familiale au cours des six premiers mois de développement de l'enfant sont plus de deux fois susceptibles de présenter de la négligence envers les enfants avant que l'enfant ait cinq ans » (McGuigan et Pratt, 2001, p. 878).

L'intégration des services (IS) constitue une stratégie visant les familles suivies par le système de protection de l'enfance. Son objectif est de s'attaquer au plus grand nombre possible de facettes du problème

visé, en coordonnant les délais d'intervention. La volonté d'harmoniser les services sociaux se fonde sur l'hypothèse que les systèmes de prestation de services actuels sont nettement inefficaces en raison de leur isolement, et que coordination et collaboration sont nécessaires pour obtenir de meilleurs résultats. Bien que les arguments pour l'IS soient clairement établis dans la littérature (Ragan, 2003) et soutenus par les professionnels, les décideurs et les chercheurs (Ehrle *et al.*, 2001), on dispose de peu de preuves de son efficacité. Parmi les obstacles à la recherche, mentionnons, d'une part, la difficulté de définir une population cible et de décrire avec précision les interventions actuelles. D'autre part, étant donné que l'intégration des services incorpore de multiples programmes et des interventions diverses, il est difficile de s'entendre sur les résultats prioritaires (Corbett et Noyes, 2003).

L'objectif de cette étude se divise en deux volets : 1) déterminer les regroupements de besoins familiaux, de services et d'activités d'intégration des services ; 2) voir comment les regroupements de besoins familiaux par rapport aux services et aux modèles d'intégration des services sont en lien avec le fonctionnement familial.

## 9.2. MÉTHODE

La présente étude a été menée dans le cadre d'une plus ample recherche portant sur la négligence envers les enfants et l'intégration des services (Chambers, 2006). La commission d'examen de l'Université de Denver a approuvé la réalisation de cette étude. Dans son ensemble, la recherche examinait la manière dont le département des services sociaux du comté d'El Paso, au Colorado, intégrait ses programmes de protection de l'enfance et d'aide financière. L'étude se penche sur les relations entre les besoins familiaux, les services, les niveaux d'intégration des services de protection de l'enfance et d'aide temporaire aux familles nécessiteuses (ATFN) et le dénouement des cas (placement hors du foyer familial, durée des cas et changement dans les revenus). Le présent document expose les résultats d'analyses examinant les regroupements de besoins des familles et de services, ainsi que l'indice d'intégration des services et ses liens avec le dénouement des cas.

Pour obtenir l'échantillon, on a établi, en premier lieu, à l'aide de la banque de données de la protection de l'enfance du comté, une liste générée par ordinateur des cas corroborés de maltraitance envers les enfants sur une période de 20 mois (du 1<sup>er</sup> novembre 2002 au 31 juillet 2004). Une liste de 1292 cas a ainsi été tirée. Ensuite, chaque cas a été entré dans la banque de données de la protection de l'enfance afin d'établir le type

de maltraitance observé. Seules les familles dont la négligence envers les enfants était la principale raison du signalement au service de protection de l'enfance étaient admises aux fins de l'étude. Suivant ce critère, tous les cas corroborés dont la négligence envers les enfants était la principale raison du signalement (N = 160) ont été sélectionnés.

En se basant sur le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979), on a établi cinq catégories : 1) profil démographique de la famille, des parents et de l'enfant ; 2) type de négligence, nombre de signalements et placements antérieurs ; 3) préoccupations cliniques touchant les membres de la famille telles que l'abus de substances, la violence conjugale, les troubles de santé mentale ; 4) besoins économiques tels que le chômage, les problèmes de transport et un logement inadéquat ; 5) dénouement des cas à l'échelle familiale.

Les données sont issues des dossiers de cas pour chaque famille et des bases de données des directions de protection de la jeunesse. Compte tenu de l'absence d'un système de mesure standardisé de l'intégration des services, les chercheurs et le personnel de l'organisme ont conçu l'outil d'évaluation des activités d'intégration des services. Une analyse typologique (par regroupement) a été menée afin de déterminer des regroupements des besoins familiaux et des caractéristiques de services, et des entrevues qualitatives réalisées auprès des membres du personnel ont servi à établir un indice d'intégration des services. La régression logistique et la régression multiple ont été utilisées pour étudier les liens entre les niveaux de besoins familiaux, de services et d'intégration des services et le dénouement des cas.

## **9.3. RÉSULTATS**

### **9.3.1. INDICE D'INTÉGRATION DES SERVICES**

Avec la collaboration des intervenants chargés des cas, des superviseurs et des administrateurs, un indice des activités d'intégration des services a été établi (tableau 9.1). Plus précisément, l'outil comprenait six indicateurs placés dans trois catégories (prise de contact avec l'agent chargé du cas, coordination, indicateurs de planification du cas) et montrant les niveaux d'intégration des services, soit des services faibles, moyens ou élevés.

## Tableau 9.1 – Indice d'intégration des services

La catégorie « Indicateur de contact de l'intervenant chargé de cas » comporte deux volets.

- 1) Combien de fois l'intervenant et les autres membres du personnel (personne responsable de déterminer l'admissibilité aux services, services visant l'abus de substances, etc.) ont-ils communiqué entre eux (appels téléphoniques, courriels)?
  - a) Aucune communication entre les intervenants.
  - b) Au moins une communication par mois entre les intervenants.
  - c) Au moins deux communications ou plus par mois entre les intervenants.

---

- 2) Combien de rencontres d'équipe familiale ont été réalisées?
  - a) Aucune rencontre.
  - b) Au moins une rencontre par mois.
  - c) Au moins deux rencontres par mois ou plus.

La catégorie « Indicateur de coordination » comporte deux volets.

- 1) Le contrat de responsabilité individuelle (CRI) serait placé dans le dossier de cas de la protection de l'enfance.

---

- 2) Le plan de services familial (PSF) serait placé dans le dossier de l'aide économique.

La catégorie « Planification du cas » comporte deux volets.

- 1) Le plan de services familial (PSF) prend-il en considération :
  - a) La question de la sécurité familiale? Oui/Non
  - b) Les besoins économiques? Oui/Non
  - c) Les problèmes de stabilité? Oui/Non
  - d) La difficulté d'accès aux ressources? Oui/Non

---

- 2) Le contrat de responsabilité individuelle (CRI) prend-il en considération :
  - a) La question de la sécurité familiale? Oui/Non
  - b) Les besoins économiques? Oui/Non
  - c) Les problèmes de stabilité? Oui/Non
  - d) La difficulté d'accès aux ressources? Oui/Non

Pour ce qui est de la catégorie « Contact », les intervenants décrivaient leurs communications avec les autres membres du personnel tant au sein de l'organisme qu'à l'extérieur. Il s'agissait d'appels téléphoniques, de courriels et de rencontres avec la famille. Les intervenants décrivaient aussi leur manière de documenter ce type d'information dans leurs notes d'évolution, leurs plans de services et les notes prises lors des rencontres avec les familles. Pour la catégorie « Coordination », les intervenants expliquaient jusqu'à quel point ils collaboraient étroitement avec d'autres fournisseurs de services en vue d'établir des plans de traitement mixtes ;

le fait que le traitement était consigné tant dans les dossiers de cas de la protection de l'enfance que dans ceux de l'aide économique pouvait constituer un indicateur de ce processus. Finalement, pour la catégorie « Planification du cas », les intervenants ont suggéré que les plans de services soient utilisés comme indicateurs, puisque chaque plan prend en considération les multiples besoins propres à chaque famille. Par exemple, le plan tient compte des besoins économiques de la famille ainsi que de la manière de satisfaire ces besoins grâce à la collaboration avec d'autres intervenants de l'organisme.

### **9.3.2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON**

Comme le montrent les tableaux 9.2 et 9.3, l'échantillon utilisé pour l'étude était constitué de 160 familles et de 336 enfants. Les femmes étaient désignées comme les principales figures parentales, leur moyenne d'âge était de 31 ans, et la plupart d'entre elles étaient caucasiennes. Moins de la moitié de ces femmes avaient obtenu un diplôme d'études secondaires et plus des deux tiers du groupe étaient sans emploi. La majorité de ces cas de négligence (56,3 %) ont obtenu un classement de niveau de gravité moyen, les deux types de négligence le plus souvent signalés étant un milieu préjudiciable (58,1 %) et un manque de surveillance (17,5 %). Pour ce qui est du placement des enfants à l'ouverture du cas, 32,9 % demeuraient dans leur famille, 50 % étaient placés dans la parenté, et 17,1 % étaient placés en foyer d'accueil.

Parmi les problèmes le plus souvent relevés (tableau 9.4), mentionnons un soutien familial minime ou inexistant (60 %), l'abus de substances chez la principale figure parentale (57 %), des moyens de transport insuffisants (68 %), un logement inadéquat (45 %) et des déménagements fréquents de la famille (69 %). À un degré moindre, on relève en outre de la violence familiale (46 %), de la violence et de la négligence subies dans l'enfance par la mère (35 %) et une assurance insuffisante en matière de santé (33 %). Le plus souvent, les services fournis comprenaient la gestion du cas et l'aiguillage vers les ressources communautaires (100 %), le traitement pour abus de substances (63 %), des services à domicile (60,4 %), l'assurance maladie pour les enfants (79,4 %), des bons alimentaires (66,7 %) et du transport (53,5 %). À un degré moindre, l'aide financière (22,9 %), le logement (28,5 %), le traitement en santé mentale (16,7 %) et les services de traitement pour les cas de violence familiale (15,3 %) ont également été relevés.

**Tableau 9.2 – Profil démographique de l'échantillon de l'étude (N = 160)**

Variables	<i>n</i>	%
<b>Composition du ménage</b>		
Deux parents biologiques	90	56,3
Parent seul – mère	51	31,9
Un parent biologique et une autre figure parentale	10	6,3
Un des deux parents et famille élargie	7	4,4
Parent seul – père	1	0,6
Famille élargie seulement	1	0,6
<b>Race du parent gardien</b>		
Blanche	110	68,8
Latine	24	15,0
Afro-Américaine	14	8,8
Asiatique/Îles du Pacifique	4	2,5
Indienne d'Amérique	4	2,4
Autre (races mixtes)	4	2,4
<b>Instruction (a obtenu un diplôme d'études secondaires)</b>		
Principale figure parentale		53,0
Figure parentale secondaire		40,7
<b>Source de revenus</b>		
Principale figure parentale		
Sur le marché du travail	26	16,3
Sur le marché du travail avec d'autres sources de revenus	11	6,9
Au chômage, mais recevant d'autres formes de soutien	81	50,6
Au chômage sans autre aide au revenu	42	26,3
Figure parentale secondaire		
Sur le marché du travail	50	46,7
Sur le marché du travail avec d'autres sources de revenus	6	5,6
Au chômage, mais recevant d'autres formes de soutien	21	19,6
Au chômage sans autre aide au revenu	30	28,0
Nombre moyen d'enfants dans le ménage	2,1	

**Tableau 9.3 – Caractéristiques de la maltraitance envers l'enfant (N = 160)**

Variables	<i>n</i>	%
Gravité de la négligence		
Élevée	31	19,4
Moyenne	90	56,2
Faible	39	24,4
Type de négligence à l'ouverture		
Environnement préjudiciable	93	58,1
Manque de surveillance	28	17,5
Inaptitude à protéger l'enfant	9	5,6
Plus d'un type	30	18,8
Enquête antérieure sur négligence corroborée		
0 enquête	114	71,2
1 enquête	36	22,5
2 enquêtes	7	4,4
3 enquêtes	3	1,9
Placement antérieur d'un des enfants du ménage		
Oui	31	19,4
Non	129	80,6
Décisions sur la sécurité à l'ouverture du cas		
Une préoccupation ou plus	152	96,2
Aucune préoccupation	6	3,8
Évaluation du niveau de risque à l'ouverture du cas		
Risque élevé	88	55,7
Risque moyen	70	44,3
Placement de l'enfant à l'ouverture du cas		
Demeure dans le foyer familial	52	32,9
Placé dans la parenté	79	50,0
Placé en foyer d'accueil	27	17,1



**Tableau 9.4 – Besoins familiaux les plus fréquents à l’ouverture du cas (N = 160)**

Variables	%
<b>Besoins parentaux / familiaux</b>	
Soutien familial minime ou inexistant	60
Abus de substances chez un parent – figure principale	57
Violence familiale	46
Violence / négligence subies dans l'enfance par la mère	35
<b>Besoins économiques</b>	
Déménagements fréquents de la famille (1 à 3 fois)	
Transport inadéquat	68
Logement inadéquat	45
Aucun régime d'assurance maladie	33
Aucun accès au téléphone	33

### 9.3.3. REGROUPEMENTS DE BESOINS FAMILIAUX

Pour examiner les regroupements de besoins, une analyse typologique (*cluster*) utilisant un algorithme à  $k$  moyennes a été réalisée avec 15 variables dichotomiques (oui/non) : 1) placement antérieur d'un enfant de la famille ; 2) préoccupations de sécurité à l'inscription du cas ; 3) indice de risque de négligence (déterminé à partir de l'outil standardisé d'évaluation du risque familial, qui examine l'enfant, le parent et les facteurs familiaux) à l'ouverture du dossier (modéré ou élevé) ; 4) diagnostic d'abus de substances pour la principale figure parentale ; 5) diagnostic de santé mentale pour la principale figure parentale ; 6) préoccupations concernant la violence familiale ; 7) diagnostic de santé mentale pour tous les enfants de la maison ; 8) plan individuel d'apprentissage (PIA) pour tous les enfants de la maison ; 9) besoins physiques de la principale figure parentale ; 10) besoins physiques de tous les enfants de la maison ; 11) insuffisance de l'assurance maladie pour la famille ; 12) besoin de revenus de la principale figure parentale ; 13) besoin de logement ; 14) besoin de transport ; et 15) usage d'un téléphone fonctionnel pour la famille.

Le modèle à trois regroupements procure la meilleure distinction statistique des groupes (tableau 9.5). Le groupe 1 comprend 51 familles, le groupe 2, 69 familles, et le groupe 3, 40 familles. Afin de fournir de l'information plus détaillée sur les relations entre les groupes et les variables documentées, une analyse du khi carré a été réalisée, et les pourcentages ont été utilisés pour établir le niveau de besoins pour chaque regroupement, soit des besoins faibles, moyens ou élevés (tableau 9.6).

**Tableau 9.5 – Carré des distances euclidiennes pour le modèle à trois groupes de services**

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Groupe 1		1,101	1,126
Groupe 2	1,101		1,350
Groupe 3	1,126	1,350	

Le groupe 1 (« Besoins faibles »), constituant 31,9 % ( $n = 51$ ) de l'échantillon, se caractérise par la prédominance de besoins moindres dans les catégories des barrières personnelles et des besoins économiques : violence familiale, abus de substances, emploi et logement. Bien que ce groupe ait de nombreux besoins minimaux, les préoccupations de sécurité (c'est-à-dire sans-abri, antécédents de maltraitance) sont en général élevées, le niveau de risque est donc moyen pour ce groupe. Le groupe 2 (« Besoins moyens – abus de substances »), constituant 43,1 % ( $n = 69$ ) de l'échantillon, est décrit comme un groupe à niveau élevé de besoins relativement à l'abus de substances et au transport, et à niveau moyen de besoins relativement au logement et à l'emploi. Évidemment, dans la plupart de ces familles, on relève un problème d'abus de substances chez la principale figure parentale. Ce groupe se rapproche donc de celui à besoins moindres en ce qui a trait aux préoccupations de sécurité (élevées) et sur le plan de risque (moyen). Le groupe 3 (« Besoins élevés – économie et santé mentale »), constituant 25 % ( $n = 40$ ) de l'échantillon, se caractérise par le grand nombre de besoins liés à la pauvreté tels que l'emploi, le logement et le transport. Ces familles luttent contre des problèmes de violence familiale et de santé mentale à des niveaux moyens. Ce groupe est très différent des deux premiers groupes, montrant un large éventail de besoins variés et un niveau de risque élevé.

**Tableau 9.6 – Résultats des comparaisons au khi carré entre les groupes de besoins (N = 160)**

Besoins familiaux		Groupe 1 Besoins faibles (n = 51)	Groupe 2 Besoins moyens (n = 69)	Groupe 3 Besoins élevés (n = 40)	$\chi^2$	p
Diagnostic d'abus de substances	Principale*	13,7%	100,0%	37,5%	97,155	0,001
Assurance maladie	Principale*	29,4%	24,6%	52,5%	9,34	0,009
Revenu	Principale*	11,8%	27,5%	37,5%	8,33	0,015
Fonctionnement physique	Principale*	21,6%	18,8%	35,0%	3,848	0,146
Diagnostic de troubles de santé mentale	Enfant	11,8%	15,9%	30,0%	5,413	0,067
Fonctionnement physique	Enfant	11,8%	15,9%	37,5%	10,528	0,005
PIA	Enfant	13,7%	1,4%	14,3%	6,851	0,033
Placement antérieur	Enfant	11,6%	15,7%	37,5%	11,53	0,003
Aucun téléphone	Famille	23,2%	27,5%	55,0%	12,551	0,002
Logement	Famille	11,8%	37,7%	70,0%	32,439	0,001
Transport	Famille	29,4%	73,3%	97,5%	53,778	0,001
Risques pour la sécurité	Famille	92,2%	100,0%	97,5%	6,028	0,049
Indice de risque de négligence	Famille	36%	42%	72,5%	13,492	0,001

Notes :  $\chi^2 = 35,187$  ;  $p < 0,001$  ; \* = principale figure parentale.

### 9.3.4. REGROUPEMENT DE SERVICES

Pour examiner les regroupements de services, une analyse utilisant un algorithme à  $k$  moyennes a aussi été réalisée avec neuf variables dichotomiques (oui/non) : 1) services relatifs aux abus de substances pour la principale figure parentale ; 2) services judiciaires en réponse à la toxicomanie pour la principale figure parentale ; 3) services à domicile pour la principale figure parentale ; 4) services en santé mentale pour la principale

figure parentale ; 5) services relatifs à la violence familiale pour la principale figure parentale ; 6) aide financière pour la famille ; 7) remise de bons alimentaires pour la famille ; 8) aide au transport pour la famille ; et 9) aide au logement pour la famille.

Le modèle à quatre groupes fournit la meilleure distinction statistique des groupes (tableau 9.7). Le groupe 1 comprend 63 familles, le groupe 2, 49 familles, le groupe 3, 23 familles et le groupe 4, 25 familles. Pour fournir de l'information plus détaillée sur les niveaux et les liens, une analyse du khi carré a été réalisée et les pourcentages ont été utilisés pour établir les niveaux de services pour chaque regroupement, soit des services faibles, moyens ou élevés. C'est donc dire que les différents groupes ont d'abord été classés selon le pourcentage de services présent dans chaque groupe (tableau 9.8).

**Tableau 9.7 – Carré des distances euclidiennes pour le modèle à quatre groupes de services**

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 3
Groupe 1		1,531	1,083	1,612
Groupe 2			1,447	1,114
Groupe 3				1,207

Le groupe 1 (« Services faibles – santé mentale »), constituant 39,4 % ( $n = 63$ ) de l'échantillon, se caractérise par un niveau faible de besoins nombreux de services tels que ceux liés à la violence familiale, à l'abus de substances, au logement et aux bons alimentaires. Même si ce groupe présentait en fait des niveaux moyens de services relatifs à la santé mentale et au transport, la majorité de ce regroupement se caractérisait par des niveaux de services faibles. Le groupe 2 (« Services élevés – économie et santé mentale »), constituant 15,6 % ( $n = 25$ ) de l'échantillon, se caractérise par des niveaux élevés de services tels que logement, bons alimentaires et traitements en santé mentale. Comparativement aux autres groupes, celui-ci concerne les services les plus intensifs sur le plan tant économique que de traitement clinique. Le groupe 3 (« Services moyens – à domicile ») constituant 30,6 % ( $n = 49$ ) de l'échantillon, se caractérise par des niveaux moyens de services tels que des services à domicile, des bons alimentaires et le tribunal de la toxicomanie. En général, le troisième groupe constitue une combinaison de différents services ; il ne s'agit pas de services aussi intensifs que pour les groupes 2 et 4 (le groupe 2 présentant un niveau élevé de services économiques et le groupe 4, un niveau élevé de services

cliniques), mais un niveau moyen de services tant économiques que cliniques. Le groupe 4 (« Services élevés – abus de substances »), constituant 14,4 % ( $n = 23$ ) de l'échantillon, présente des niveaux élevés de services relatifs à l'abus de substances et à d'autres services s'y rattachant tels que les tribunaux de toxicomanie. Ce groupe de services est différent des autres parce qu'il fournit des services intensifs aux familles aux prises avec des problèmes d'abus de substances.

**Tableau 9.8 – Résultats des comparaisons au khi carré entre les groupes de services**

Services	Groupe 1 ( $n = 63$ )	Groupe 2 ( $n = 25$ )	Groupe 3 ( $n = 49$ )	Groupe 4 ( $n = 23$ )	$\chi^2$	$p$
Traitements, abus de substances	41,3%	52,0%	61,2%	100,0%	24,38	0,001
Traitements, violence familiale	7,9%	40,0%	8,2%	13,0%	17,62	0,001
Services à domicile	0,0%	64,0%	100,0%	95,7%	132,93	0,001
Services judiciaires pour toxicomanes	0,0%	0,0%	14,3%	73,9%	78,16	0,001
Traitements, santé mentale	14,3%	24,0%	16,7%	4,3%	3,73	0,292
Logement	1,6%	88,0%	10,2%	56,5%	87,78	0,001
ATFN	1,6%	72,0%	6,1%	47,8%	70,94	0,001
Bons alimentaires	42,9%	100,0%	57,1%	69,6%	25,42	0,001
Transport	42,9%	92,0%	14,3%	87,0%	56,34	0,001

Notes :  $\chi^2 = 35,187$  ;  $p < 0,001$ .

### 9.3.5. RELATION ENTRE BESOINS FAMILIAUX ET SERVICES

Un test du khi carré a été réalisé afin d'étudier l'hypothèse d'un lien étroit entre besoins et services. Les résultats de ce test (tableau 9.9) démontrent une forte association entre services et besoins ( $p < 0,001$ ). Cependant, la force de cette association n'est pas constante chez les différents groupes.

**Tableau 9.9 – Résultats des comparaisons au khi carré entre les groupes de besoins et de services**

Groupes de besoins		Groupes de services			
		1	2	3	4
		Services faibles – santé mentale	Services élevés – économie / santé mentale	Services moyens – à domicile	Services élevés – abus de substances
<b>1) Besoins faibles</b>	Pourcentage des familles ayant reçu ce service	39,2	13,7	47,1	0,0
	Pourcentage des services alloués à ce groupe	31,7	28,0	49,0	0,0
<b>2) Besoins moyens – abus de substances</b>	Pourcentage des familles ayant reçu ce service	31,9	11,6	26,1	30,4
	Pourcentage des services alloués à ce groupe	34,9	32,0	36,7	91,3
<b>3) Besoins élevés – économie / santé mentale</b>	Pourcentage des familles ayant reçu ce service	52,5	25,0	17,5	5,0
	Pourcentage des services alloués à ce groupe	33,3	40,0	14,3	8,7

Pour le groupe « Besoins faibles », il était attendu que ce groupe ne reçoive pas de services relatifs aux abus de substances. En outre, il est étonnant de constater que ce groupe reçoit davantage de services de niveau moyen (47,1 %) que de faible niveau (39,2 %). Pour ce qui est du second groupe « Besoins moyens – abus de substances », la relation entre besoins et services révèle des problèmes intéressants. D'abord, 91,3 % des services en matière d'abus de substances étaient offerts à ce groupe, toutefois, seulement 30,4 % des familles de ce groupe ont reçu ces services. Ce fait ne constitue pas forcément une disparité entre besoins et services, mais toucherait plutôt la capacité de l'organisme à fournir ces services. En outre, ce groupe recevait une part appréciable des services du groupe « Services faibles – santé mentale » (31,9 %), ce qui ne constitue pas forcément une bonne concordance, puisque ce groupe présentait des niveaux de besoins faibles en santé mentale.

La concordance entre besoins et services pour le groupe « Besoins élevés – économie/santé mentale » est peut-être la plus complexe. Avec les nombreux besoins économiques de ce groupe, on se serait attendu à voir un grand nombre de cas dans la catégorie « Besoins élevés ». Pourtant, dans cet échantillon, seulement 25 % des familles recevaient un niveau élevé de services « Économie/santé mentale », et 52,5 % recevaient le moins adéquat, le niveau « Services faibles – santé mentale ».

### 9.3.6. DÉNOUEMENT DES CAS

Des régressions logistiques binaires ont été menées afin de déterminer si les différentes variables documentées (regroupement des besoins familiaux, regroupement des services et niveaux d'intégration des services) étaient associées de manière indépendante avec le placement hors du foyer familial. Deux variables dichotomiques ont été créées : placement hors du foyer familial à la fermeture du cas (famille/parenté, adoption/foyer d'accueil), et placement hors du foyer familial au moment du suivi après un an (famille/parenté, adoption/foyer d'accueil).

Les résultats indiquent que le modèle général avec trois variables explicatives rend compte d'une part importante de la variance à la fermeture du cas ( $\chi^2 = 18,31$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,006$ ). Le  $R^2$  de Nagelkerke montre que ce modèle prend en compte 20 % de la variance concernant les placements. Toutefois, la seule variable explicative importante concerne l'appartenance au regroupement de besoins ( $p < 0,005$ ). Par rapport au groupe « Besoins faibles », le second groupe « Besoins moyens – abus de substances » est 2,6 fois plus susceptible de nécessiter le placement d'enfants à l'extérieur du foyer familial, alors que le troisième groupe « Besoins élevés – économie/santé mentale » est 10,3 fois plus à risque. Les résultats au moment du suivi un an après la fermeture du cas indiquent aussi que le modèle général avec trois variables explicatives rend compte d'une part importante de la variance ( $\chi^2 = 18,412$ ,  $df = 6$ ,  $p < 0,005$ ). Le  $R^2$  de Nagelkerke montre que ce modèle prend en compte 19,4 % de la variance en placement. Comme pour le résultat à la fermeture du cas, la seule variable explicative importante était l'appartenance au regroupement des besoins ( $p < 0,007$ ). Comparé au premier groupe « Besoins faibles », le second groupe « Besoins moyens – abus de substances » était 2,5 fois plus susceptible de nécessiter le placement d'enfants à l'extérieur du foyer, alors que le regroupement « Besoins élevés – économie/santé mentale » en était 9,6 fois plus à risque.

## CONCLUSION

Cette étude a permis d'établir trois regroupements distincts de besoins familiaux : un groupe « Besoins faibles », un groupe « Besoins moyens – abus de substances » et un groupe « Besoins élevés – économie/santé mentale ». Elle a en outre permis de déterminer quatre regroupements de services destinés à répondre aux besoins de ces groupes : le groupe « Services faibles – santé mentale », le groupe « Services élevés – économie et santé mentale », le groupe « Services moyens – à domicile » et le groupe « Services élevés – abus de substances ». Cette information peut être utilisée par les gestionnaires de services sociaux à des fins de planification ; des programmes et des services pourraient être créés et coordonnés de façon à s'adapter aux besoins de ces familles.

On a aussi examiné la manière dont les besoins familiaux étaient associés aux services appropriés. En général, on a constaté un manque de concordance entre les besoins des familles et les services reçus. Premièrement, mentionnons deux exemples de non-concordance : seulement 20 % des familles recevaient de l'aide financière, et seulement 28 % obtenaient de l'aide au logement. Les raisons de ces petits nombres sont, pour l'aide financière, que le seuil de revenu établi par la politique d'aide sociale pour y avoir droit est extrêmement bas (une figure parentale avec un enfant à charge ne peut gagner plus de 700 \$ par mois). Autrement dit, si une mère ou un père obtient un emploi à temps partiel au McDonald's, elle ou il n'y a plus droit. Pour l'aide au logement, l'attente moyenne pour obtenir un logement subventionné dans ce comté est de deux ans. Le second facteur est lié à la prestation de services. Dans ce cas, il n'y avait pas correspondance entre les services relatifs à la santé mentale ou à l'abus de substances et les figures parentales ayant ce type de problèmes. Les raisons en étaient une mauvaise distribution (l'organisme disposait des ressources pour fournir ces services, mais la famille ne les recevait pas) ou un problème d'incapacité (manque de personnel pour offrir les services).

Dans les modèles à régression multiple, les problèmes vécus par les familles à l'ouverture du cas constituaient la seule variable explicative concernant le fait que l'enfant demeurait dans le foyer familial ou était placé ailleurs ; alors, c'étaient les besoins des familles qui déterminaient les résultats plutôt que la prestation des services.

Cette étude démontre que les pratiques d'intégration des services chez les intervenants chargés de cas, les superviseurs et les gestionnaires peuvent être mesurées et jouent vraiment un rôle important ; ces pratiques sont fort prometteuses en vue d'arriver à fournir des



regroupements de services holistiques aux familles fragilisées. Cependant, l'intégration des services ne peut se résumer à évaluer les besoins, assortir les services aux besoins, puis gérer ces services de manière coordonnée. Les pièces manquantes, ce sont le « raccord » entre besoins et services et la capacité de combler cette lacune. Il ne sert pas à grand-chose d'offrir des services intégrés si les organismes sont incapables d'offrir les services nécessaires ou si les mécanismes d'adaptation des services aux besoins sont limités.

Comme le montre la présente étude, appuyée par d'autres études (Clément *et al.*, 2009 ; Pelton, 2011 ; Smith et Fong, 2004), les besoins économiques et cliniques des familles négligentes sont nombreux et exigent différents types d'interventions. Les services offerts ne sont pas suffisamment disponibles pour combler les besoins de ces familles, et les professionnels et spécialistes de la protection de l'enfance se plaignent du fait que les familles qui entrent dans le système de protection de l'enfance éprouvent un éventail de besoins, et que les organismes de protection de l'enfance sont mal outillés pour les combler (Lindsey, 2004 ; Smith et Fong, 2004).

Les politiques fédérales et étatiques de protection de l'enfance et d'aide sociale mettent l'accent sur les interventions typiquement centrées sur les parents responsables, accordant une attention minimale aux contextes sociaux et économiques dans lesquels vivent ces familles. Toutefois, les recherches antérieures et la présente étude mettent en évidence le fait que le problème de négligence envers les enfants ne peut être résolu au sein de la famille. Les intervenants sociaux doivent promouvoir et exiger des changements dans les règlements actuels plutôt que de laisser se maintenir des politiques qui restreignent les organismes de services sociaux et minent les possibilités d'épanouissement des familles.

Le problème de négligence envers les enfants ne doit pas être considéré uniquement comme un problème individuel, mais plutôt comme un problème sociétal exigeant une intervention systémique dans les collectivités (Lindsey, 2004 ; Pelton, 2011 ; Shdaimah, 2009). Il s'agit de créer des partenariats collaboratifs entre la protection de l'enfance, les responsables du logement, les propriétaires d'entreprises locales et les membres de la collectivité, de sorte que les familles obtiennent les ressources économiques leur permettant de s'épanouir.

## BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2013). *Un élan pour voir grand : bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux*, Montréal, 58 p.
- AZAR, S.T., ROBINSON, D.R., HEKIMIAN, E. et C.T. TWENTYMAN (1984). « Unrealistic expectations and problem-solving ability in maltreating and comparison mothers », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 52, n° 4, p. 687-691.
- BISHOP, S.J. et B.J. LEADBEATER (1999). « Maternal social support patterns and child maltreatment : Comparison of maltreating and non-maltreating mothers », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 69, n° 2, p. 172-181.
- BLACK, M. et H. DUBOWITZ (1999). « Child neglect : Research recommendations and future directions », dans H. Dubowitz (dir.), *Neglected Children : Research, Practice, and Policy*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 261-277.
- BOUSHA, D.M. et C.T. TWENTYMAN (1984). « Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups : Naturalistic observations in the home », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 93, n° 1, p. 106-114.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*, Massachusetts, Harvard University Press.
- CHAFFIN, M., KELLEHER, K. et J. HOLLENBERG (1996). « Onset of physical abuse and neglect : Psychiatric, substance abuse, and social factors from prospective community data », *Child Abuse and Neglect*, vol. 20, n° 3, p. 191-203.
- CHAMBERS, R. (2006). *Child Neglect and Service Integration : A Mixed Method Study*, thèse de doctorat, Université de Denver.
- CLÉMENT, M.-È., CHAMBERLAND, C., TOURIGNY, M. et M. MAYER (2009). « Taxonomy of needs of children whose abuse or behavioral problems has been substantiated by the direction of the Youth Protection », *Child Abuse & Neglect*, vol. 33, n° 10, p. 750-765.
- CORBETT, T. et J. NOYES (2003). « The service integration agenda : Political, conceptual and methodological challenges », *Focus*, vol. 22, n° 3, p. 50-56.
- CULHANE, J.F., WEBB, D., GRIM, S., METRAUX, S. et D. CULHANE (2003). « Prevalence of child welfare services involvement among homeless and low-income mothers : A five-year birth cohort study », *Journal of Sociology and Social Welfare*, vol. 30, n° 3, p. 79-95.
- DUBOWITZ, H. et M.M. BLACK (2002). « Neglect of children's health », dans J.E.B. Myers et al. (dir.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, 2<sup>e</sup> éd., Thousand Oaks, Sage Publications, p. 269-292.
- EHRLE, J., MALM, K., FENDER, L. et R. BESS (2001). *Welfare Reform and Opportunities for Collaboration Between Welfare and Child Welfare Agencies*, Washington, The Urban Institute.
- ENGLISH, D.J., EDLESON, J.L. et M.E. HERRICK (2005). « Domestic violence in one state's child protective caseload : A study of differential case dispositions and outcomes », *Children and Youth Services Review*, vol. 27, p. 1183-1201.
- FARRELL, A.F., BRITNER, P.A., GUZZARDO, M. et S. GOODRICH (2010). « Supportive housing for families in child welfare : Client characteristics and their outcomes at discharge », *Children and Youth Services Review*, vol. 32, n° 2, p. 145-154.
- GARBARINO, J. et C. COLLINS (1999). « Child neglect : The family with a hole in the middle », dans H. Dubowitz (dir.), *Neglected Children : Research, Practice, and Policy*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 1-23.
- GARBARINO, J. et K. KOSTELNY (1992). « Child maltreatment as a community problem », *Child Abuse and Neglect*, vol. 16, n° 4, p. 455-464.

- HAZEN, A.L., CONNELLY, C.D., KELLEHER, K., LANDSVERK, J. et R. BARTH (2004). « Intimate partner violence among female caregivers of children reported for child maltreatment », *Child Abuse and Neglect*, vol. 28, n° 3, p. 301-319.
- KAHN, A. et S. KAMERMAN (1992). *Integrating Services Integration : An Overview of Initiatives, Issues and Possibilities*, New York, Université Columbia.
- KELLEHER, K., CHAFFIN, M., HOLLENBERG, J. et E. FISCHER (1994). « Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 10, p. 1586-1590.
- KOHL, P.L., BARTH, R., HAZEN, A.L. et J.A. LANDSVERK (2005). « Child welfare as a gateway to domestic violence services », *Children and Youth Services Review*, vol. 27, n° 11, p. 1203-1221.
- LINDSEY, D. (1991). « Factors affecting the foster care placement decision : An analysis of national survey data », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 61, n° 2, p. 272-281.
- LINDSEY, D. (2004). *The Welfare of Children*, New York, Oxford University Press.
- LOMAN, A., FILONOW, C.S. et G. SIEGEL (2010). *Ohio Alternative Response Evaluation : Final Report*, St-Louis (Missouri), Institute of Applied Research, <<http://www.americanhumane.org/assets/pdfs/children/differential-response/pc-dr-ohio-section2-final-evaluation-report-1.pdf>>.
- MARZENKO, M.O., LYONS, S.J. et M. COURTNEY (2011). « Mothers' experiences, resources and needs : The context for reunification », *Children and Youth Services Review*, vol. 33, n° 3, p. 431-438.
- MCGUIGAN, W.M. et C.C. PRATT (2001). « The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment », *Child Abuse & Neglect*, vol. 25, n° 7, p. 869-883.
- PELTON, L. (1994). « The role of material factors in child abuse and neglect », dans G.B. Melton et F.D. Barry (dir.), *Protecting Children from Abuse and Neglect : Foundations for a New National Strategy*, New York, Guilford Press, p. 131-181.
- PELTON, L.H. (2011). « Concluding commentary : Varied perspectives on child welfare », *Children and Youth Services Review*, vol. 33, n° 3, p. 481-485.
- POLANSKY, N., GAUDIN, J. et A.C. KILPATRICK (1992). « Family radicals », *Children and Youth Services Review*, vol. 14, n° 1-2, p. 19-26.
- RAGAN, M. (2003). « Building comprehensive human service systems », *Focus*, vol. 22, n° 3, p. 58-62.
- SEDLAK, A.J. et D.D. BROADHURST (1996). *Executive Summary of the Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*, Washington, National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect.
- SHDAIMAH, C. (2009). « Rescuing children and punishing poor families : Housing related decisions », *Journal of Sociology & Social Welfare*, vol. 36, n° 3, p. 33-57.
- SMITH, M.G. et R. FONG (2004). *The Children of Neglect : When No One Cares*, New York, Brunner-Routledge.
- SWIFT, K. (1995). *Manufacturing Bad Mothers : A Critical Perspective on Child Neglect*, Toronto, University of Toronto Press.
- SYKES, J. (2011). « Negotiating stigma : Understanding mothers' responses to accusations of child neglect », *Children and Youth Services Review*, vol. 33, n° 3, p. 448-456.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2009). *Child Maltreatment 2007. Administration on Children, Youth and Families*, <<http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm07/cm07.pdf>>.

- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, ADMINISTRATION FOR CHILDREN AND FAMILIES, ADMINISTRATION ON CHILDREN YOUTH AND FAMILIES et CHILDREN'S BUREAU (2010). *Child Maltreatment, 2009 : Reports to the National Child Abuse and Neglect Data System*, Washington, U.S. Government Printing Office.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES et CHILDREN'S BUREAU (1997). *National Study of Protective, Preventive and Reunification Services Delivered to Children and Their Families, 1994*, Washington, U.S. Government Printing Office.
- WALKER, C.D., ZANGRILLO, P. et J.M. SMITH (1994). « Parental drug abuse and African-American children in foster care », dans R. Barth, J.D. Berrick et N. Gilbert (dir.), *Child Welfare Research Review : Volume 1*, New York, Columbia University Press, p. 109-122.
- WELLS, K. et R. SHAFRAN (2005). « Obstacles to employment among mothers of children in foster care », *Child Welfare*, vol. 84, n° 1, p. 67-96.

# **LE GED, UN OUTIL INCONTOURNABLE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE POUR UNE RÉPONSE INTERSECTORIELLE CENTRÉE SUR LES BESOINS DÉVELOPPEMENTAUX DES TOUT-PETITS**

---

**Jacques MOREAU, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal  
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

**Michèle CABARET, TS, doctorante**

École de service social, Université de Montréal

**Renée LATULIPPE, M. Sc.**

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

**Gilles DUPUIS, Ph. D.**

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal  
Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales – CLIPP

Détecter d'éventuels retards de développement chez un enfant âgé de 0 à 5 ans peut relever d'un parcours de titan. C'était du moins dans cette situation que les intervenants québécois travaillant quotidiennement auprès de jeunes enfants se trouvaient avant 2005. Des outils « maison », non validés et non standardisés étaient utilisés dans les différents milieux de travail. Ces diverses grilles de lecture du développement ne permettaient pas de faire consensus, d'une équipe de soins à l'autre, sur les besoins de services ou non des enfants suivis. Les premiers exposés à cette réalité étaient les intervenants de la protection de la jeunesse, dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). La nécessaire objectivation de la détection des retards de développement d'un enfant était soumise à l'analyse subjective et expérientielle, personnelle et professionnelle, de chaque intervenant s'impliquant dans sa situation (Cabaret, 2006). Conscients de cette réalité, les intervenants et les gestionnaires du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) ont fait appel

à des chercheurs québécois afin qu'un outil standardisé, simple d'utilisation et fiable puisse être mis à leur disposition et répondre à deux types de besoins. L'outil devait, d'une part, leur permettre d'établir la situation de compromission d'un enfant quant à son développement et, d'autre part, les aider à cibler les services spécialisés dont l'enfant devrait bénéficier afin de voir sa courbe développementale se redresser (Vézina, 2005). Ce chapitre a pour but de présenter l'outil GED (Grille d'évaluation du développement de l'enfant) et d'en démontrer la pertinence d'utilisation dans une réponse adéquate aux besoins développementaux des jeunes enfants en contexte de protection.

## **10.1. ÉLABORATION ET UTILITÉ DU GED**

Destiné à évaluer le développement global des jeunes enfants, le GED a été bâti à partir de grilles, d'inventaires et d'échelles publiés et couramment utilisés en intervention et en recherche. Certains items et certaines modalités d'évaluation ont ainsi été empruntés au Bayley Scales of Infant Development-II (BSID-II, Bayley, 1993 ; 319 items, 0-42 mois), au Stanford-Binet (Thorndike, Hagen et Sattler, 1986 ; 388 items, 2-23 ans ; pour la tranche 2-6 ans, 282 items), au Denver Developmental Screening Test (Frankenburg et Dodds, 1973 ; 105 items, 0-6 ans), à l'Inventaire du développement de l'enfant 0-7 ans (Mayotte et Lalonde, 1995 ; 1 160 items, 0-7 ans), au Griffiths Mental Developmental Scales (Griffiths, 1954 ; 468 items 0-8 ans) et à l'Inventaire de développement et de maturité préscolaire (Terrisse *et al.*, 1983 ; 161 items, 2-5 ans), alors que d'autres items sont complètement nouveaux.

Le protocole d'évaluation proposé par le GED englobe les trois échelles développementales suivantes : cognitive-langagière, motrice et socioaffective. Chacune de ces échelles comprend un nombre variable d'items selon l'âge de l'enfant (de 8 à 24 items par échelle et par tranche d'âge). Puisque le développement des enfants est marqué par une évolution rapide durant les premières années de vie, suivie d'un ralentissement progressif, les grilles d'évaluation du GED sont conçues pour refléter cette progression. Ainsi, les deux premières années de vie sont divisées en tranches de trois mois, ce qui explique l'existence de huit grilles pour évaluer le développement des enfants de 0 à 2 ans (0-3, 3-6, 6-9, 9-12, 12-15, 15-18, 18-21 et 21-24 mois). Pour les enfants de 2 à 4 ans, quatre grilles sont nécessaires, chacune couvrant une période de six mois (24-30, 30-36, 36-42 et 42-48 mois). Enfin, pour les quatrième et cinquième années de vie, alors que les changements développementaux sont moins rapides, chacune des deux dernières grilles couvre une durée de 12 mois (4 et 5 ans).

L'administration du GED doit s'effectuer de manière standardisée, en suivant les instructions incluses dans le *Guide d'utilisation* (Pomerleau *et al.*, 2005). Ce guide présente les consignes d'administration, précise la position (par exemple : assis sur les genoux de l'adulte devant une table à 6 mois ou assis à une petite table à 2 ans) de l'enfant lors de la passation de chaque item et indique le matériel nécessaire à l'administration des épreuves. Les consignes d'administration du GED sont conçues de façon à placer l'enfant devant des tâches ou des mises en situation qui suscitent des comportements directement observables ; l'évaluateur n'a qu'à noter si l'enfant réussit ou non l'item.

Les scores obtenus permettent de qualifier le développement de l'enfant : il peut se trouver dans la zone adéquate, à surveiller ou de référence. Dans le cas des zones à surveiller et de référence, il faut d'abord se questionner sur le contexte de l'évaluation avant de conclure à un retard de développement. En effet, si l'enfant est fatigué ou malade durant la passation, ses résultats ne témoigneront pas de ses capacités réelles. Il en est de même si l'enfant a été placé en famille d'accueil la veille de la passation. Aussi, durant la passation, si l'évaluateur et l'enfant sont dérangés par la télévision, de la musique ou des conversations d'enfants ou d'adultes qui évolueraient à proximité, la performance de l'enfant peut en être affectée.

Si tous les éléments perturbateurs susmentionnés ont été écartés, on peut commencer un programme de stimulation et réévaluer l'enfant qui se trouve dans la zone à surveiller quelques mois plus tard ou le diriger immédiatement vers un professionnel s'il se trouve dans la zone de référence.

## **10.2. VALIDATION DU GED**

La première mise à l'épreuve du GED a permis de vérifier ses qualités psychométriques (Vézina, 2005). Elle a aussi permis d'examiner sa convivialité d'administration et de notation des items. Lors de cette mise à l'épreuve, on a recruté des enfants âgés de 1 à 72 mois dont la langue d'usage était le français. Des responsables de centres de la petite enfance (CPE), des intervenants d'organismes communautaires et du CJM-IU ont sollicité la collaboration des parents. Deux cent cinquante-neuf enfants ont participé à cette phase de l'étude (129 filles, 130 garçons). Près de 66 % des enfants fréquentaient un milieu de garde (de 20 à 40 heures par semaine pour 54 % d'entre eux). Les résultats ont permis d'apporter quelques correctifs à l'outil.

La deuxième mise à l'épreuve (Vézina, 2005) a été effectuée auprès de 264 enfants (130 filles, 134 garçons) âgés de 1 à 72 mois et dont la langue d'usage était le français. Près de 62 % d'entre eux fréquentaient un milieu de garde (de 20 à 40 heures par semaine pour 50 % d'entre eux). C'est à partir de cette seconde mise à l'épreuve que l'outil a été finalisé. Une série d'analyses complémentaires (de spécificité et de sensibilité) a aussi été effectuée, confirmant les qualités psychométriques de l'instrument.

En ce qui a trait à la validité de convergence, les corrélations avec des tests comme le BSID-II (Bayley, 1993) et le Stanford-Binet (Thorndike *et al.*, 1986) démontrent que le GED converge de façon très satisfaisante avec ces tests reconnus et validés, et ce, pour toutes les tranches d'âge. En effet, pour la dimension tant cognitive-langagière que motrice, les corrélations varient entre 0,60 et 0,80 ( $p < 0,0001$ ), sauf pour les tranches d'âge 0-3 et 3-6 mois où elles sont de 0,40 ( $p < 0,0005$ ) et de 0,52 ( $p < 0,0000$ ), ce qui demeure acceptable en termes de validité de convergence (Vézina, 2005).

Pour la fidélité interjuges, le taux d'accord est de 0,87 pour la dimension cognitive-langagière et de 0,90 pour la dimension motrice, ce qui est jugé très bon. La fidélité temporelle pour les dimensions cognitive-langagière et motrice est respectivement de 0,71 et 0,49, ce qui est très acceptable pour une clientèle d'enfants, qui peut faire l'objet de nombreux changements à l'intérieur de courtes périodes de temps (Vézina, 2005).

Enfin, l'analyse de la cohérence interne démontre que les différents items constituant les échelles présentent des intercorrélations indiquant une excellente cohérence des échelles : de 0,60 à 0,80 sur les deux échelles, sauf pour deux items, dont la cohérence est très bonne (0,52) selon les critères usuels en psychométrie (Feinstein, 1987 ; Vézina, 2005).

### **10.3. NORMALISATION DU GED**

Afin d'obtenir des normes représentatives du développement des enfants québécois âgés de 0 à 5 ans, le GED a été normalisé (CLIPP, 2009). Des points de coupure précis ont été établis et ont permis de définir clairement les limites supérieures et inférieures de chacune des zones (adéquate, à surveiller et de référence) pour les trois dimensions de développement de l'enfant. En effet, comme plusieurs milieux sont susceptibles de contribuer à la détection précoce des retards de développement chez les enfants



de 0 à 5 ans et que l'utilisation de cet outil par des intervenants exige des normes très précises, il était impératif qu'elles soient clairement définies et surtout qu'elles correspondent à la réalité des jeunes enfants québécois francophones. La normalisation du GED s'est donc imposée, et ce, dans le but de favoriser l'utilisation de cet outil de détection par l'ensemble des intervenants québécois. L'étude menée par Dupuis et Martel (2006) et réalisée par l'équipe du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), entre 2006 et 2009, s'ajoute aux deux études de validation réalisées par Vézina (2005) et les chercheurs coauteurs du GED (Pomerleau *et al.*, 2005). Elle a porté sur 859 jeunes enfants de toutes les régions du Québec en respectant les proportions démographiques des régions. Cette étude a permis d'obtenir les points de coupure empiriques pour les trois échelles du GED et les quatorze groupes d'âge, et d'en établir la sensibilité et la spécificité, ce que les deux études antérieures de validation n'avaient pas permis de faire.

#### **10.4. IMPLANTATION DANS LES CENTRES JEUNESSE ET CONSTATS D'UTILISATION**

La passation du GED se systématise à partir de 2006 dans quelques centres jeunesse (CJ) du Québec. Depuis, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) reconnaissent le GED comme un outil d'intervention et d'évaluation crucial dans les situations de placement d'enfants en soutien à la prise de décision. Il est intégré au Programme national de formation (PNF) offert aux praticiens des milieux d'intervention en protection de l'enfance. Plus de 250 intervenants des équipes 0-5 ans des CJ sont formés à son utilisation. Une deuxième évaluation est planifiée environ six mois plus tard, lors de l'étape obligatoire de « Révision du dossier », et ce, afin d'aider à la prise de décision du maintien des services du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) ou non.

Selon Lacerte et Lachance (2010), la pratique en CJ indique qu'il arrive que l'enfant soit trop dissipé ou excité pour réaliser l'évaluation GED en une seule occasion. Un deuxième temps doit donc être planifié. De plus, dans certaines situations, le temps de passation est plus long. Un autre constat doit être dressé. En effet, si les parents et les enfants concernés acceptent, comprennent et reçoivent bien l'évaluation par le GED, il est peu probable que les bureaux des CJ soient le meilleur endroit pour passer un GED. En effet, un milieu mieux connu de l'enfant, un local dans un service de garde ou encore le milieu de vie de l'enfant seraient plus appropriés.

## 10.5. UN CADRE THÉORIQUE ET PRATIQUE À LA MESURE DES ENJEUX POSÉS PAR LE GED

Les constats terrains résultant de l'application du GED en contexte de protection et en services de garde indiquent que celui-ci est un outil précis, sensible, fiable, robuste et convivial. En outre, il a l'avantage d'être présent dans différents milieux d'intervention et utilisé par des praticiens aux parcours universitaires et professionnels différents. Avec le recul, on peut dire que le GED offre l'occasion de mieux organiser l'information qui circule entre les intervenants des différents milieux, et ce, surtout pour les enfants que l'on considère comme vulnérables (Lacerte et Lachance, 2010 ; Vaillancourt, 2010). Dès lors, le GED ne pourrait-il pas amener une nouvelle organisation des services par la création éventuelle de services intégrés pour les enfants qui présentent un retard de développement et dans les communautés particulièrement ciblées comme vulnérables ? Le GED se positionnerait alors comme un outil rassembleur d'avant-garde dans l'établissement de ce type de services.

D'ailleurs, en 2004, le rapport du Comité d'experts sur la révision de la LPJ s'intitulait *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*. Par cette affirmation, le comité invitait à un consensus sociétal et social face à la maltraitance : nous sommes tous responsables ! Aussi les modifications apportées à la LPJ en 2006 impliquent-elles davantage tout organisme œuvrant auprès des enfants et de leur famille en vue de collaborer à la mise en place d'une intervention coordonnée. Le GED, parce qu'il permet aux différents acteurs du réseau de tenir un langage commun et accessible quant aux besoins de développement d'un enfant, ouvre la porte à une coordination de services pour les enfants maltraités. Cela est d'autant plus vrai maintenant qu'il fait partie des outils recommandés pour l'intervention en petite enfance dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) par l'Institut national de la santé publique du Québec (gouvernement du Québec, 2010) et qu'il est retenu par le groupe de travail chargé de dresser un *Inventaire des outils cliniques en négligence* pour le compte du MSSS (Turcotte et al., 2012).

Cependant, à l'heure actuelle, les pratiques d'utilisation des résultats obtenus avec le GED ne sont pas uniformisées d'un CJ à un autre. En effet, chaque CJ est autonome dans sa façon de recourir au GED, d'en diffuser les résultats, d'appliquer un plan de services ou de faire des recommandations selon les cas et les ressources disponibles. Le réseau de la protection de l'enfance doit instaurer des pratiques d'utilisation du GED uniformisées et systématisées au niveau provincial.

Aujourd'hui, l'ampleur des répercussions néfastes des mauvais traitements et des conditions de défavorisation sur la qualité du développement des enfants, et ce, jusqu'à l'âge adulte est largement reconnue (English, Widom et Brandford, 2004 ; English *et al.*, 2005 ; Siddiqi *et al.*, 2011 ; Toth et Cicchetti, 2004 ; Widom, 2000). Cependant, l'analyse des besoins développementaux des enfants, et plus particulièrement ceux des plus jeunes, leur suivi et la réponse des services sociaux et de la protection de l'enfance à ces besoins restent lacunaires au Québec et au Canada (Léveillé et Chamberland, 2010). Un modèle britannique novateur, le Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF), propose un cadre conceptuel et pratique d'action intersectorielle pour tenter de mieux répondre aux besoins développementaux des enfants à risque ou en situation de maltraitance (Royaume-Uni. Department of Health, Department for Education and Employment et Home Office, 2000).

## **10.6. PROPOSITION D'UNE STRUCTURE POUR INTÉGRER LE GED**

Plusieurs formules d'implantation du GED ont été testées et pérennisées au Québec. Leur synthèse et la généralisation de leurs retombées pourraient permettre d'améliorer la prise en charge des enfants présentant des retards de développement. À Québec, au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, il a été décidé qu'une évaluation systématique des enfants de 0 à 5 ans dont le signalement est retenu dans le cadre de l'article 38 de la LPJ serait mise en place (Lacerte et Lachance, 2009). Cette expérience est riche en données sur l'enfance maltraitée et négligée. Les chercheurs ont réussi à démontrer qu'environ 50 % de tous les enfants de 0 à 5 ans évalués avec le GED à l'étape évaluation/orientation présentaient des scores GED dans les zones à surveiller ou de référence dans au moins deux sphères de développement pour la majorité (Lacerte et Lachance, 2009). Cela correspond à deux à trois fois la norme attendue dans la population générale selon les normes établies par l'étude de normalisation du GED. À Montréal, le GED a été appliqué au service d'application des mesures du CJM-IU ou lorsqu'une famille en difficulté arrive dans un service enfance famille d'un centre local de services communautaires (CLSC).

Ces différents modèles d'implantation ont le mérite d'attirer l'attention sur les limites et les forces de leur particularisme. Une structure provinciale d'application de l'outil devrait tirer profit de ces expérimentations et compléter la théorisation de la prise en charge des besoins de l'enfant présentant un retard de développement.

Le cadre de la LPJ, soit celui adopté dans le cadre du Processus clinique intégré, devrait pouvoir être utilisé comme modèle de structuration de l'outil GED. Cependant, des correctifs majeurs quant à son utilisation devraient être apportés. Ainsi, le GED ne devrait pas seulement être utilisé comme un outil permettant le constat des retards de développement d'un enfant de 0 à 5 ans, mais plutôt et surtout comme un outil permettant de définir les objectifs à poursuivre dans l'intervention et d'établir des mesures correctives concrètes afin de juguler la courbe de retard détectée, et ce, tant pour les parents que pour les différents intervenants engagés dans la réponse aux besoins des enfants.

La planification de l'intervention devrait déterminer de façon rigoureuse les cibles à atteindre dans le développement ainsi que les services qui doivent être mis en place en fonction des retards constatés et des zones de développement affectées. Vu ainsi, le GED pourrait être un point de départ pour commencer la discussion autour de l'enfant et pour systématiser une planification de services individualisés intersectoriels qui inclurait un représentant de chaque organisme lié aux cibles d'intervention et au plan d'action ainsi que des intervenants terrain. Cependant, cela exige de percevoir l'enfant comme client dans la perspective d'une réponse adéquatement adaptée à ses besoins développementaux, comme cela est préconisé par le modèle britannique et soutenu par l'approche Total Environment Assessment Model of Early Child Development (TEAM-ECD) de Clyde Hertzman et son équipe (Siddiqi *et al.*, 2011).

Ce travail d'intersectorialité à la petite enfance pourrait réunir tous les acteurs autour d'une même table pour une action efficiente envers les tout-petits les plus vulnérables et dont le développement est compromis. Ces acteurs, c'est-à-dire les CJ, les SIPPE, les CPE, les maternelles et prématernelles et maintenant les centres de pédiatrie sociale en communauté, peuvent faire une grande différence dans la vie de certains tout-petits à la condition que l'arrimage se fasse harmonieusement entre leurs missions respectives, leurs mandats et leurs services. Il existe maintenant des modèles (FACNF et TEAM-EDC) et des outils (GED) pour y arriver.

## BIBLIOGRAPHIE

- BAYLEY, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development*, 2<sup>e</sup> éd., San Antonio, The Psychological Corporation.
- CABARET, M. (2006). *L'influence du vécu traumatique des travailleurs sociaux sur leurs pratiques en contexte d'autorité auprès des familles en difficulté*, rapport d'analyse des pratiques présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences en Service social, Université de Montréal, Montréal.
- CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION et LA PRÉVENTION PSYCHOSOCIALES – CLIPP (2007). *La Grille d'évaluation du développement « GED ». Fondements théoriques, description de l'outil, données psychométriques*, Montréal, CLIPP.
- CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION et LA PRÉVENTION PSYCHOSOCIALES – CLIPP (2009). *Étude de normalisation. Grille d'évaluation du développement GED pour les 0 à 5 ans*, rapport final, Montréal, CLIPP.
- DUPOIS, G. et J.P. MARTEL (2006). « Validation psychométrique du GED : étude de sensibilité et de spécificité », présentation faite à la Fondation Lucie et André Chagnon.
- ENGLISH, D.J., UPADHYAYA, M.P., LITROWNIK, A.J., MARSHALL, J.M., RUNYAN, D.K., GRAHAM, J.C. et H. DUBOWITZ (2005). « Maltreatment's wake : The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes », *Child Abuse and Neglect*, vol. 29, p. 597-619.
- ENGLISH, D.J., WIDOM, C.S. et C. BRANDFORD (2004). « Another look at the effects of child abuse », *National Institute of Justice*, vol. 251, p. 23-24.
- FEINSTEIN, A.R. (1987). *Clinimetrics*, New Haven, Yale University Press.
- FRANKENBURG, W.K. et J.B. DODDS (1973). *Denver Developmental Screening Test*, Denver (Colorado), Université du Colorado.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, Québec, Institut national de la santé publique du Québec.
- GRIFFITHS, R. (1954). *The Abilities of Babies*, Londres, University of London Press.
- LACERTE, D. et O. LACHANCE (2010). *Portrait du niveau de développement des enfants de 0 à 5 ans*, document interne, Québec, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- LÉVEILLÉ, S. et C. CHAMBERLAND (2010). « Toward a general model for child welfare and protection services : A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF) », *Children and Youth Services Review*, vol. 32, n° 7, p. 929-944, doi:10.1016/j.childyouth.2010.03.009.
- MAYOTTE, A. et D. LALONDE (1995). *Traduction et adaptation à la population francophone canadienne de l'inventaire de développement de Brigance*, Ontario, Centre franco-ontarien des ressources pédagogiques.
- POMERLEAU, A., VÉZINA, N., MOREAU, J., MALCUIT, G. et R. SÉGUIN (2005). *Le GED : Grille d'évaluation du développement du jeune enfant 0-5 ans*, Montréal, Université de Montréal et Université du Québec à Montréal, CLIPP.
- QUÉBEC. COMITÉ D'EXPERTS SUR LA RÉVISION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (2004). *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, rapport, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population.

- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH, DEPARTMENT FOR EDUCATION AND EMPLOYMENT et HOME OFFICE (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*, <[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4014430.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014430.pdf)>.
- SIDDIQI, A., HERTZMAN, E., IRWIN, L.G. et C. HERTZMAN (2011). « Early Child Development : A powerful equalizer », dans J.H. Lee et R. Sadana (dir.), *Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants*, Genève, The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks, World Health Organisation.
- TERRISSE, B., BOUTIN, G. ANDREANI, P. et R. BOLDUC (1983). *Inventaire de développement et de maturité préscolaire*, Groupe de recherche en adaptation scolaire et sociale, Département des sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal.
- THORNDIKE, R.L., HAGEN, E.P. et J.M. SATTLER (1986). *Échelle d'intelligence Stanford-Binet*, 4<sup>e</sup> éd., Guide d'administration et de dépouillement, Montréal, Institut de recherches psychologiques.
- TOTH, S.L. et D. CICHETTI (2004). « Child maltreatment and its impact on psychosocial development », *Encyclopedia on Early Childhood Development*, Centre of Excellence for Early Childhood.
- TURCOTTE, G., PILOTE, C., CHÂTEAUNEUF, D., LAMONDE, G. et S. YOUNG (2012). *Inventaire des outils cliniques en négligence*, Québec, Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ), document préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- VAILLANCOURT, C. (2010). Entretien sur la procédure d'utilisation du GED au CPE La Grande Ourse, communication personnelle, 2 mai.
- VÉZINA, N. (2005). *Élaboration et validation de la Grille d'évaluation du développement de l'enfant 0-5 ans (GED)*, thèse de doctorat, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- WIDOM, C.S. (2000). « Understanding the consequences of childhood victimization », dans R.M. Reese (dir.), *Treatment of Child Abuse*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

# **LA GESTION FONDÉE SUR LES INDICATEURS DE SUIVI CLINIQUE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE**

---

**Tonino ESPOSITO, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal

**Nico TROCMÉ, Ph. D.**

École de service social, Université McGill

**Martin CHABOT, M.A.**

École de service social, Université McGill

**Chloé GAUMONT, M. Sc.**

Association des centres jeunesse du Québec

**Lorry COUGHLIN, M.A. Ed. Psych.**

Association des centres jeunesse du Québec

**Claude LAURENDEAU, M. Sc.**

Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

**Anne DURET, M.A.**

Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

La réalité de l'intervention des centres jeunesse (CJ) du Québec est en constante évolution. En effet, les établissements du réseau font face à des besoins sans cesse grandissants, étant donné le volume de clientèle, les transformations législatives entraînant des changements de pratiques et l'émergence de problématiques nécessitant une expertise de plus en plus soutenue pour répondre aux besoins de la clientèle (Trocmé et Esposito, 2011). Afin d'assumer leur mandat de protection et de parvenir aux résultats attendus pour la clientèle desservie, les CJ doivent se baser sur les meilleures pratiques pour élaborer leur offre de services. Cependant, les gestionnaires disposent de peu de données fiables pour guider les orientations de l'établissement. En ce sens, les décisions sont influencées par les tendances observées dans la pratique, par le souci d'implanter des programmes novateurs ou sur les données contenues dans les rapports de gestion. Ces sources d'information sont utiles pour documenter une réalité et fournissent un portrait de la clientèle, mais ne représentent pas toujours fidèlement le parcours du jeune et de sa famille à l'intérieur des services.

Le défi de fournir des données fiables sur lesquelles appuyer les services offerts par les établissements de protection de l'enfance demeure un élément incontournable. L'expérience du secteur de la santé démontre qu'il ne suffit pas de multiplier les recherches pour éclairer la prise de décision. Il faut plutôt créer une culture organisationnelle où les données portant sur l'efficacité des interventions deviennent l'élément central des orientations cliniques, de l'élaboration de programmes et du cadre global de prise de décision (Dufour et Chamberland, 2004 ; Laurendeau et Trocmé, 2009).

Pour relever ce défi important, une initiative de mobilisation du savoir a été entreprise à travers le projet « Gestion fondée sur les indicateurs de suivi clinique » instauré à l'origine par le Centre de recherche sur l'enfance et la famille (CREF) de l'Université McGill et les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw). Ce projet vise à élaborer, mettre à l'essai et évaluer un modèle favorisant une utilisation accrue des données dont disposent les CJ. Les indicateurs décrivant les trajectoires de services ont été développés à partir des données du système d'information Projet intégration jeunesse (PIJ) implanté dans tous les CJ. Ces indicateurs de suivi représentent un outil de gestion permettant aux établissements de documenter les parcours de services de la clientèle. Les indicateurs permettent un suivi de la performance dans le but d'établir des objectifs d'amélioration mesurables, tant pour l'ensemble de l'établissement que pour des équipes particulières. Jusqu'à maintenant, six indicateurs ont fait l'objet d'une étude approfondie : taux d'audience au tribunal de la jeunesse, taux de jeunes contrevenants, taux de placement, taux de déplacements, durée de placement et cas récurrents de maltraitance.

## **11.1. LE CONTEXTE DU PROJET**

Le projet Gestion fondée sur les indicateurs de suivi clinique consiste en une démarche d'appropriation, par des gestionnaires des Centres Batshaw, en collaboration avec une équipe de chercheurs ayant développé une expertise dans le domaine, de définitions théoriques et opérationnelles portant sur six indicateurs de suivi des services offerts aux jeunes et à leur famille. Tout au long de la démarche de développement, l'équipe du CREF a travaillé de concert avec les gestionnaires afin de convenir ensemble des mesures de base, des rapports à produire et des modes de diffusion à privilégier. Ces travaux ont permis de tracer un profil des services offerts aux enfants et aux familles desservis, mais aussi d'amorcer une démarche pouvant ensuite être élargie à d'autres établissements.



Au printemps 2009, le CJ de Chaudière-Appalaches, le CJ de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) et le CJ de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) se sont joints au projet. Deux groupes de travail ont été formés afin de baliser le processus, qui consistait à s'approprier les indicateurs, à procéder à l'extraction des données, à interpréter les résultats obtenus et à peaufiner les définitions. Ces travaux ont mené à l'élaboration d'une stratégie d'extraction des données pouvant être généralisée à d'autres établissements et à la création d'un tableau de bord reflétant les préoccupations des CJ. La phase actuelle du projet compte les données des 16 CJ au Québec. Pour les fins du présent chapitre, les résultats des analyses<sup>1</sup> portant sur les indicateurs des Centres Batshaw seront rapportés.

## 11.2. LE CADRE THÉORIQUE

Le choix des indicateurs de performance des services offerts aux enfants et à leur famille repose sur le modèle écologique. La Matrice d'indicateurs de protection de la jeunesse (MIP) a été créée à la suite d'une série de consultations organisées par les directeurs provinciaux et territoriaux en protection de la jeunesse et Développement des ressources humaines Canada (Trocmé *et al.*, 1999). Elle fournit un cadre de référence pour le suivi des résultats des services de protection de la jeunesse<sup>2</sup> offerts aux enfants et aux familles de même qu'un ensemble commun d'indicateurs pouvant être utilisés partout au pays. Ce modèle tente de représenter toutes les sphères à considérer en protection de la jeunesse, et ce, en tenant compte de l'équilibre délicat existant entre la protection immédiate de l'enfant, ses besoins à long terme liés à un milieu de vie stable, le potentiel d'évolution du cadre familial et la capacité de la communauté à satisfaire ses besoins (Trocmé *et al.*, 2009a). La MIP comprend quatre domaines interreliés : 1) la sécurité de l'enfant, 2) son bien-être, 3) la stabilité et 4) le soutien familial et communautaire. Ces domaines sont associés à des indicateurs permettant de documenter les parcours de services des enfants desservis en protection de la jeunesse.

Afin de bien représenter la réalité des services en fonction de ces différents domaines, les indicateurs doivent tenir compte de l'équilibre délicat avec lequel les services de protection de l'enfance doivent composer à travers leur offre de services. Par exemple, le domaine de la sécurité

1. Certaines données présentées dans ce chapitre ont déjà été publiées dans un journal interne des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw intitulé *Branché*.
2. *Protection de la jeunesse* fait référence aux services de protection et de placement en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et aux services aux jeunes contrevenants en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.

de l'enfant peut être mesuré à travers le phénomène de la récurrence. Le taux de récurrence permet de documenter la proportion d'enfants dont la sécurité ou le développement ou les deux ont été compromis à nouveau, une fois les services terminés. Le suivi du taux de récurrence et l'analyse des facteurs qui y sont associés guident les gestionnaires dans l'élaboration de programmes et la prise de décision en lien avec les cas de maltraitance les plus susceptibles de se reproduire.

Le recours aux indicateurs exige des gestionnaires des CJ de s'éloigner des statistiques orientées vers la gestion des ressources pour se resituer selon la perspective de l'enfant. Au départ, ce modèle a fait ses preuves dans d'autres provinces canadiennes, et une dizaine d'indicateurs ont été établis pour couvrir l'ensemble des domaines. Pour des raisons de limites techniques et de non-disponibilité de certaines informations, le projet concerne, pour le moment, six de ces indicateurs, présentés dans les sections suivantes.

## **11.3. MÉTHODE**

### **11.3.1. CRÉATION DE COHORTES**

Les données contenues dans les rapports de gestion portant sur la clientèle et les services sont habituellement traitées de manière à décrire des volumes de façon cumulative tels que le nombre de signalements retenus au cours d'une année financière. Traitées de façon ponctuelle, ces données décrivent la réalité d'une situation à un moment précis, comme le nombre d'enfants hébergés à une date donnée. D'un point de vue administratif, cette donnée renseigne sur le taux d'occupation et permet aux établissements d'assurer une bonne allocation des ressources d'hébergement. Néanmoins, cette donnée n'informe pas sur la proportion des jeunes desservis qui vivront un placement, ni sur la durée ou la fréquence des épisodes de placement.

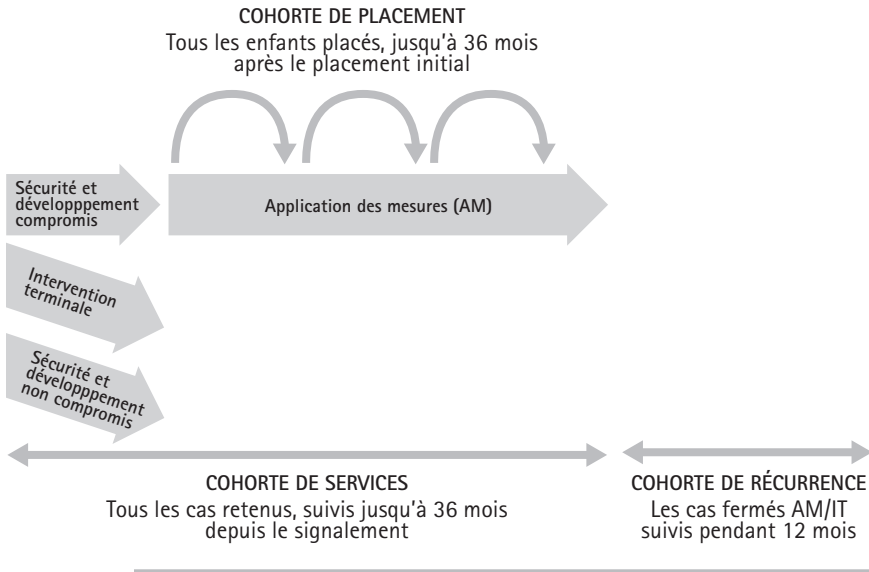
Bien que ces approches parviennent à dénombrer les services rendus et à définir la taille de la population desservie, elles s'avèrent cependant plus limitées quant à l'étude des parcours des jeunes dans les services. Recourir aux mêmes indicateurs pour dénombrer la clientèle desservie et pour décrire le parcours des jeunes risque d'introduire certains biais. En effet, l'échantillonnage d'une journée dans le calendrier n'offre pas un portrait valide de l'ensemble des services offerts à un même enfant à l'intérieur d'un épisode de services.

Établir des parcours de services en protection de la jeunesse nécessite un traitement particulier des données pour parvenir à jumeler les services, les activités et les décisions avec les jeunes concernés (Courtney, Needell et Wulczyn, 2004). À titre d'exemple, une image prise le 31 mars d'une année parmi un groupe de jeunes dont les services de protection ont débuté le 1<sup>er</sup> septembre et qui connaîtront au moins un épisode de placement indique que plusieurs d'entre eux étaient hébergés. Par ailleurs, pour certains, il s'agissait d'un placement ponctuel et bref alors que pour d'autres, le placement était continu ou intermittent. En ce sens, des indicateurs considérant le parcours de l'enfant reflètent mieux l'usage de services et permettent d'avoir une meilleure compréhension de la réalité des jeunes qui entrent en placement.

En cours de développement, certains indicateurs ont généré la formulation et la comparaison de plus d'une douzaine de définitions opérationnelles. De plus, le processus a nécessité la recherche de diverses méthodes graphiques et tabulaires de présentation des données. Ce travail a permis aux partenaires de participer à l'élaboration des définitions opérationnelles, d'apprendre à interpréter des statistiques descriptives et à saisir les différences entre les méthodes transversales, rétrospectives et prospectives utilisées pour le suivi des cas de façon longitudinale. De cette démarche, trois cohortes différentes (figure 11.1) ont été créées afin d'effectuer le suivi des cas à l'aide des indicateurs.

La « cohorte de services » compte tous les individus pour lesquels un signalement a été retenu en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Pour cette cohorte, tous les événements survenus au cours des 36 mois suivant le signalement initial retenu sont considérés. Tous les enfants dont le signalement initial a donné lieu à une évaluation entre avril 2002 et mars 2008 aux Centres Batshaw ont été retenus (N = 5 257 enfants). Pour éviter que les cas ne soient comptés deux fois, les enfants ayant reçu des services au cours des 12 mois précédant le signalement retenu ont été exclus. De plus, les jeunes âgés de 15 ans ou plus au moment du signalement initial n'ont pas été considérés, car ces derniers auraient atteint l'âge de 18 ans avant la fin de la période de suivi. Ce groupe a ensuite été suivi sur une période de 36 mois afin de définir la proportion d'entre eux qui ont vécu une expérience de placement d'une durée de plus de 72 heures en milieu substitut et ceux pour lesquels on a dû saisir le tribunal de la jeunesse. Pour mesurer le taux de placement, un critère de durée de placement de plus de 72 heures a été inclus dans la définition afin d'éliminer les brefs épisodes de placement d'urgence ne menant pas à des placements à long terme.

**Figure 11.1 – Schéma des cohortes constituées pour les indicateurs de suivi clinique**



Le taux de jeunes contrevenants est un indicateur mesurant la proportion de jeunes desservis pour des motifs de maltraitance ou de troubles de comportement qui requièrent également, de façon concurrente ou subséquente, des services en délinquance. Afin de faire le suivi de ces cas, tous les jeunes de la « cohorte de services » âgés de 12 à 14 ans dont le signalement initial a été retenu pour évaluation entre avril 2002 et mars 2008 aux Centres Batshaw ont été considérés (N = 1 246 enfants). Ces cas ont été suivis sur une période de 36 mois relativement à toute demande en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Pour éviter que les cas ne soient comptés deux fois, les enfants ayant reçu des services au cours des 12 mois précédant le signalement ont été exclus ainsi que les jeunes âgés de moins de 12 ans ne pouvant faire l'objet des services aux jeunes contrevenants. Les jeunes âgés de plus de 14 ans au moment du signalement initial ont également été exclus du calcul, car ils auraient atteint l'âge de 18 ans avant la fin de la période du suivi.

La « cohorte de placement » comporte tous les mineurs hébergés pour plus de 72 heures. Les sujets de cette cohorte sont suivis jusqu'à 36 mois suivant leur placement initial afin d'observer la durée de

placement et les déplacements. Un déplacement est défini comme tout nouveau placement survenu dans les 36 mois suivant un premier placement. Les analyses ont été effectuées sur l'ensemble des enfants ayant vécu au moins un placement aux Centres Batshaw (N = 1 909 enfants). Le premier placement est d'une durée minimale de 72 heures et doit avoir eu lieu sans placement préalable dans les 12 mois précédents. Pour cet indicateur, tous les changements de placement sont comptés à l'exception des placements complémentaires (camp de vacances, répit, hospitalisation) et la réinsertion familiale. Cependant, les retours en placement à la suite d'un échec de réinsertion dans le milieu familial sont comptés.

La « cohorte de récurrence » concerne tous les dossiers fermés qui sont ensuite suivis pendant 12 mois afin de mesurer le phénomène de la récurrence. Pour effectuer ce suivi, tous les enfants qui ont fait l'objet d'une intervention terminale à l'étape de l'évaluation-orientation ainsi qu'à tous les dossiers à l'application des mesures pour lesquels il y avait un service en vertu de la LPJ aux Centres Batshaw et dont le dossier a été fermé entre avril 2002 et mars 2010 (N = 3 941 enfants) ont été considérés. Cet échantillon exclut toutefois les jeunes âgés de plus de 16 ans qui seraient trop âgés pour faire l'objet d'un nouveau signalement durant la période de suivi de 12 mois.

### 11.3.2. INDICATEURS

À partir des données disponibles et de façon cohérente avec le cadre conceptuel, six indicateurs ont été développés pour répondre aux objectifs du projet. Chacun des indicateurs relève d'une des trois cohortes décrites précédemment et comporte ses propres critères d'inclusion et d'exclusion (tableau 11.1).

## 11.4. RÉSULTATS

Le tableau 11.2 présente les données propres à chacun des indicateurs pour les Centres Batshaw, sous forme de rapport périodique permettant de suivre l'évolution des indicateurs à travers les années financières débutant le 1<sup>er</sup> avril et se terminant le 31 mars de l'année suivante. La dernière colonne renseigne également sur les taux moyens, calculés pour cet établissement sur l'ensemble des années financières. Ces indicateurs peuvent être suivis sur une base annuelle et fournissent à l'établissement un « niveau de base » comparatif pour plus tard observer l'effet de nouvelles initiatives implantées au cours des années. Le tableau 11.3 présente chacun des indicateurs analysés sur l'ensemble des années

disponibles en fonction du motif d'intervention. Puis le tableau 11.4 décline chaque indicateur en fonction des groupes d'âge. Ce premier niveau d'analyses descriptives permet de définir des sous-groupes précis d'enfants qui sont plus à risque de connaître certains parcours de services. Cette information permettra à terme d'adapter les services en fonction des besoins ou réalités définis. Les parties qui suivent présentent les résultats pour chacun des indicateurs.

**Tableau 11.1 – Définition des indicateurs de performance**

Indicateur	Définition	Cohorte
Taux d'audience au tribunal	Proportion des enfants et adolescents ayant vécu au moins une audience au tribunal, en vertu de la LPJ, dans les 36 mois suivant la date de rétention du signalement initial retenu.	Services
Taux de jeunes contrevenants	Proportion des adolescents, âgés de 12 à 14 ans, ayant vécu au moins une demande de service en vertu de la LSJPA dans les 36 mois suivant la date de réception du signalement initial retenu en protection de la jeunesse.	Services
Taux de placement	Proportion des enfants et adolescents ayant vécu au moins un placement (tout type de placement sauf placement complémentaire) de plus de 72 heures dans les 36 mois suivant la date de réception du signalement initial retenu.	Services
Taux de déplacements	Changement de milieu de placement de plus de 72 heures ou échec de réunification pour les enfants et adolescents ayant vécu au moins un placement dans les 36 mois suivant le placement initial.	Placement
Durée de placement	Durée médiane de placement, en nombre de jours, à l'intérieur des 36 mois suivant le placement initial, par catégorie de situation à la fin du placement (retour dans la famille, adoption, autres situations, et encore en placement).	Placement
Taux de récurrence	Proportion des nouveaux signalements dont les faits sont fondés (sécurité et/ou développement compromis) parmi les dossiers ayant été fermés à l'étape application des mesures/intervention terminale dans les 12 mois antérieurs au resignalement.	Récurrence



**Tableau 11.3 – Indicateurs de suivi clinique selon le motif de services à l'entrée de cohorte**

	Négligence	Abus physique	Abus sexuel	Troubles de com- portement	Abandon	Mauvais traite- ment psycholo- gique
<b>Taux d'audience au tribunal</b>	39,2%	27,8%	24,3%	46,0%	60,7%	32,2%
<b>Taux de jeunes contrevenants</b>	10,0%	11,9%	3,6%	33,4%	7,1%	—
<b>Taux de placement</b>	20,0%	17,9%	9,0%	44,0%	55,7%	4,1%
<b>Taux de déplacements</b>	1,80	2,00	1,89	2,52	1,47	1,72
<b>Durée de placement en nombre de jours</b> (% situation actuelle/ médiane du nombre de jours)	370	190	338	210	413	248
Retour dans la famille	52,9%/119	56,1%/90	51,4%/240	75,4%/161	41,7%/255	55,6%/185
Adoption	5,9%/726	0,5%/961	— / —	— / —	5,0%/434	— / —
Autres situations	13,7%/204	20,5%/53	27,0%/296	12,0%/222	21,7%/311	16,7%/7
Encore en placement	27,5%/1 094	22,9%/993	21,6%/1 020	12,6%/730	31,6%/1 094	27,7%/991
<b>Taux de récurrence</b>	10,0%	11,1%	8,7%	15,5%	2,9%	4,8%



**Tableau 11.4 – Indicateurs de suivi clinique selon l'âge à l'entrée de cohorte**

	0-1 an	2-5 ans	6-9 ans	10-13 ans	14-16 ans	14-17 ans	12 ans	13 ans	14 ans
<b>Taux d'audience au tribunal</b>	51,5%	32,4%	32,5%	36,0%	-	-	-	-	40,3%
<b>Taux de jeunes contrevenants</b>	-	-	-	-	-	-	9,4%	16,8%	24,7%
<b>Taux de placement</b>	31,8%	13,5%	12,8%	24,8%	-	-	-	-	39,3%
<b>Taux de déplacements</b>	1,56	1,33	1,53	2,70	-	2,24	-	-	-
<b>Durée de placement en nombre de jours</b> (% situation actuelle/ médiane du nombre de jours)	472	286	310	375	-	204	-	-	-
Retour dans la famille	43,2%/171	56,1%/59	54,1%/114	56,1%/215	-	71,0%/140	-	-	-
Adoption	21,8%/699	1,5%/805	0,5%/1 037	- / -	- / -	- / -	-	-	-
Autres situations	14,4%/144	10,7%/59	13,1%/45	9,4%/74	-	17,7%/261	-	-	-
Encore en placement	20,6%/1 094	31,7%/1 094	32,3%/1 092	34,5%/982	-	11,3%/678	-	-	-
<b>Taux de récurrence</b>	9,7%	9,6%	11,0%	11,0%	10,7%	-	-	-	-

### 11.4.1. TAUX D'AUDIENCE AU TRIBUNAL

Le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) intervient lorsqu'une situation compromet la sécurité et le développement de l'enfant. Pour mettre fin à cette situation de compromission, certaines mesures et services doivent être mis en place. Pour ce faire, une entente sur les mesures volontaires peut être envisagée. Néanmoins, dans certains cas, le recours aux mesures volontaires n'est pas possible ou approprié au contexte. Pour ces situations, intervenir dans le processus requiert de saisir le tribunal. Afin de mieux représenter la proportion de familles dont la situation a dû être amenée au tribunal, une mesure du taux de recours au tribunal de la jeunesse a été élaborée.

Cet indicateur permet de définir la proportion des enfants et adolescents pour lesquels il y a eu un recours au tribunal de la jeunesse. L'indicateur est défini comme tout recours judiciaire, y compris les mesures d'urgence, provisoires, intérimaires ou finales, appliquées en vertu de la LPJ à l'intérieur d'une période de 36 mois suivant la rétention du signalement initial. En d'autres mots, cet indicateur évalue la probabilité que la situation d'un enfant dont le signalement a été retenu pour évaluation de la compromission en vertu de la LPJ soit soumise au tribunal dans les trois années suivant ce signalement.

En moyenne, la situation de 37,2 % des enfants dont le signalement a été retenu a dû être entendue par le tribunal de la jeunesse au cours des trois années suivant le signalement. Le taux semble diminuer au fil des années, mais cette tendance demande davantage d'analyses pour être confirmée. Les situations d'abandon représentent les cas ayant la plus forte proportion de recours au tribunal (60,7 %), suivis par les cas signalés pour troubles de comportement (46,0 %) et pour négligence (39,2 %). Les taux les plus faibles se retrouvent parmi les cas de maltraitance psychologique (32,2 %), d'abus physique (27,8 %) et d'abus sexuel (24,3 %). En raison de l'importance même du nombre de signalements pour négligence et troubles de comportement, ces cas représentent plus des deux tiers de tous les cas ayant eu recours au tribunal de la jeunesse.

Une comparaison de ces données avec celles d'autres juridictions permettrait de déterminer si un juste équilibre entre les mesures ordonnées et les mesures volontaires est atteint. Par exemple, les données publiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec démontrent que de 2002 à 2006, la proportion des interventions judiciairisées (mesures finales) s'établissait à environ 60 % aux Centres Batshaw et à moins de 50 % dans l'ensemble de la province. Par ailleurs, il faut noter que les taux de judiciarisation dans les CJ de la grande région

de Montréal (CJM-IU, CJ Laval et CJ Montérégie) étaient, eux aussi, supérieurs à la moyenne provinciale (Lessard, 2008). Des analyses plus poussées dans les données provinciales seraient nécessaires pour déterminer si ces écarts s'expliquent par les caractéristiques de la clientèle desservie, par le type de services offerts ou par des procédures associées à l'intervention judiciaire. Établir des comparaisons au prorata entre les différentes provinces apporterait un éclairage supplémentaire sur la pratique québécoise en matière de recours au tribunal de la jeunesse. À cet effet, une étude réalisée par Campbell, Springate et Trocmé (2009) révèle que le Québec enregistre le plus faible taux de judiciarisation avec 3,34 enfants sur 1 000, par rapport à 4,4 enfants sur 1 000 en Ontario et 4,27 enfants sur 1 000 en Alberta. Ces résultats pourraient être attribuables aux lois, politiques d'application et programmes qui sont propres à chaque province.

#### **11.4.2. TAUX DE JEUNES CONTREVENANTS**

Les CJ offrent des services de protection de l'enfance en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et des services aux jeunes contrevenants en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). La recherche appuie l'affirmation selon laquelle la maltraitance et la délinquance sont des problématiques associées (Lemmon, 2006). Les études portant sur des dossiers administratifs confirment également cette association entre la maltraitance et la délinquance générale (Haapasalo, 2000 ; Hamilton, Falshaw et Browne, 2002 ; Lemmon, 2006), la délinquance violente (Heck et Walsh, 2000 ; Lemmon, 1999), les arrestations officielles (Kaufman et Widom, 1999), les renvois devant les tribunaux (Lemmon, 1999) et des accusations criminelles (Lemmon, 1999). Compte tenu de la structure interconnectée de la protection de l'enfance et des services aux jeunes contrevenants au Québec, les CJ fournissent un cadre unique dans lequel examiner les relations entre la maltraitance des enfants et les services en délinquance (Farand *et al.*, 2004).

Le tableau 11.4 indique que la majorité des enfants âgés de 12 à 14 ans dont un signalement en vertu de la LPJ a été retenu par le centre jeunesse ne reçoivent pas de services en vertu de la LSJPA au cours de la période de suivi de 36 mois. C'est donc environ un jeune sur cinq (17,8 %) qui fait l'objet d'une demande de service aux jeunes contrevenants dans les trois années suivant l'évaluation initiale en LPJ. Le tableau 11.3 rapporte que les cas dont le signalement initial a été retenu pour troubles de comportement (33,4 %) présentent le plus haut taux de demandes de service aux jeunes contrevenants, suivis des cas de négligence (10,0 %).

Comme cela est indiqué au tableau 11.4, les jeunes âgés de 14 ans au moment du signalement initial (24,7 %) représentent le groupe le plus susceptible de recevoir des services en vertu de la LSJPA.

Dans une phase ultérieure du projet, l'analyse de cet indicateur pour les jeunes âgés de 15 à 17 ans pourrait être envisagée et serait susceptible d'augmenter significativement le taux. En effet, la délinquance est un phénomène qui s'installe à l'adolescence et il se peut qu'en ne considérant que les jeunes âgés de 12, 13 et 14 ans au moment du signalement, on échappe certains adolescents qui, par exemple, auraient eu un signalement retenu à 16 ans et, dans un moment de crise, auraient commis un délit et auraient été dirigés vers des services en vertu de la LSJPA.

### **11.4.3. TAUX DE PLACEMENT**

Les CJ ont le mandat d'assurer la sécurité et le bien-être des enfants, et ce, en favorisant le maintien de l'enfant dans son milieu naturel. Toutefois, lorsque le maintien de l'enfant dans son milieu familial compromet sa sécurité ou son développement, il appartient aux professionnels du système de protection de procurer aux enfants un milieu substitut sûr et favorable à leur développement. Au-delà de l'hébergement dans un milieu substitut, l'intervention est renforcée par la prestation des services cliniques et thérapeutiques nécessaires pour contrer les effets de la maltraitance sur le développement. D'un point de vue individuel, on ne devrait pas attribuer une valeur négative au placement d'un enfant, car il peut parfois s'avérer nécessaire et bénéfique. Cependant, à l'échelle du centre jeunesse, le taux de placement constitue un indicateur de la capacité de l'établissement à offrir des services intensifs permettant le maintien à domicile. Du point de vue de la gestion, le suivi de ce taux et des facteurs qui y sont associés permet d'identifier les enfants les plus susceptibles de faire l'objet d'un placement et, ainsi, de développer des services préventifs pour agir en amont afin d'éviter le placement dans certaines situations.

Comme le rapporte le tableau 11.2, la grande majorité des enfants évalués n'ont pas été hébergés en milieu substitut au cours de la période de suivi de 36 mois. En moyenne, c'est donc 21,8 % des enfants qui ont fait l'objet d'un placement dans les trois années suivant leur signalement initial. Le tableau 11.3 rapporte que les cas dont le motif de signalement est l'abandon (55,7 %) ou les troubles de comportement (44,0 %) présentent les plus hauts taux de placement, suivis des cas de négligence (20,0 %), d'abus physique (17,9 %) et d'abus sexuel (9,0 %). En raison de l'importance même du nombre de signalements pour négligence et troubles de comportement, ces cas représentent plus des trois quarts de tous les cas ayant fait l'objet

d'un placement dans les trois années suivant leur signalement initial. Puis, selon les groupes d'âge, le tableau 11.4 indique que les enfants âgés de 14 ans lors du signalement initial (39,3 %) et ceux âgés de moins d'un an (31,8 %) représentent les groupes les plus susceptibles de vivre un épisode de placement au cours des trois années suivant le signalement initial.

L'étude du taux de placement aux Centres Batshaw présente des résultats généralement encourageants. En effet, la vaste majorité des enfants évalués ne font pas l'objet d'un placement en milieu substitut au cours des trois années suivant le signalement initial. Puisque la mesure du taux de placement tient uniquement compte des enfants n'ayant pas fait l'objet d'un signalement ou de services au cours des 12 mois précédant le signalement retenu, une analyse complémentaire portant sur des enfants ayant des antécédents de services de protection de la jeunesse avec ou sans placement pourrait être envisagée. Ces analyses permettraient, entre autres, de vérifier si le taux de placement des enfants ayant déjà été hébergés en milieu substitut et dont la réunification avec la famille d'origine a échoué est plus élevé que celui des enfants évalués pour la première fois.

#### **11.4.4. TAUX DE DÉPLACEMENTS**

Une expérience de placement stable peut aider les enfants à développer et à maintenir des liens avec les pairs, la famille et la communauté d'accueil. Bien que certains changements de placement peuvent être nécessaires et bénéfiques, des placements multiples et imprévus sont associés à des conséquences négatives pour les enfants, telles que des problèmes de comportement et des difficultés scolaires (Gilbertson et James, 2003 ; Hartnett *et al.*, 1999 ; Oosterman *et al.*, 2007 ; Rubin *et al.*, 2007 ; Rubin *et al.*, 2004 ; Unrau, Seitab et Putney, 2008 ; Wulczyn, Kogan et Harden, 2003). De plus, même lorsque ces enfants sont réunifiés avec leur famille, la stabilité demeure une préoccupation puisque le taux de retour en placement est relativement élevé (Courtney, 1995 ; Courtney et Thoburn, 2009 ; Kimberlin, Anthony et Austin, 2009).

Comme l'illustre le tableau 11.2, le nombre moyen de déplacements sur 36 mois s'élève à 2,07 et varie d'un minimum de 1,81 en 2007-2008 à un maximum de 2,43 en 2004-2005, sans aucune indication claire d'une tendance croissante ou décroissante.

Le taux de déplacements a également été analysé en se basant sur le nombre de déplacements total par enfant (tableau 11.5), 30,1 % des enfants ne connaissant aucun changement de placement, tandis que le quart (23,6 %) ont connu un déplacement, 25,5 % ont vécu deux à

trois déplacements et qu'un cinquième (20,8 %) des enfants de la cohorte ont vécu quatre déplacements ou plus durant la période de suivi de trois ans. Les tableaux 11.2 et 11.3 présentent le nombre moyen de déplacements en fonction de l'âge et du motif d'intervention au moment du placement initial. Les enfants recevant des services pour des troubles de comportement présentent le plus haut taux de déplacements avec une moyenne de 2,52 déplacements au cours des trois années suivant le placement initial, alors que le plus faible taux a été observé chez les enfants desservis en raison d'abandon (1,47 déplacement). L'étude du taux de déplacements en fonction de l'âge semble révéler une tendance générale d'augmentation du taux de déplacements avec l'âge. En effet, les enfants âgés de 10 à 13 ans ont la moyenne la plus élevée (2,70 déplacements), suivis des adolescents âgés de 14 à 17 ans (2,24 déplacements). Par ailleurs, les enfants de moins d'un an vivent davantage de déplacements (1,56) que leurs pairs âgés de 2 à 5 ans (1,33).

**Tableau 11.5 – Nombre de déplacements cumulatifs pour la cohorte combinée (N = 1 909 enfants)**

	0 déplacement	1 déplacement	2-3 déplacements	4 déplacements ou plus
<b>Déplacements</b>	30,1%	23,6%	25,5%	20,8%
Proportion des enfants et nombre de déplacements cumulatifs pour la cohorte combinée (N = 1 909 enfants) dans les 36 mois suivant le placement initial	(n = 575)	(n = 450)	(n = 487)	(n = 397)

Le taux de déplacements fournit une partie de l'histoire concernant la stabilité de placement des enfants. En général, les études qui se sont penchées sur la stabilité des placements indiquent que les enfants qui passent plus de temps en placement sont plus susceptibles de vivre des déplacements (James, Landsverk et Slymen, 2004), ce qui pourrait être le cas pour les enfants ayant vécu quatre déplacements ou plus. Le nombre de déplacements vécus par les tout-petits âgés d'un an ou moins représente un aspect qui mérite d'être creusé davantage afin de définir les facteurs associés à ces déplacements et, par la suite, d'être en mesure d'intervenir en conséquence.

### 11.4.5. DURÉE DE PLACEMENT

Les services de protection doivent s'assurer qu'advenant qu'un placement soit nécessaire pour mettre fin à la situation de compromission, les enfants seront confiés à une personne significative (par exemple, un membre de la parenté) lorsque cela est possible. Si tel n'est pas le cas, les enfants seront hébergés dans une ressource de type familial ou dans une ressource résidentielle (foyer de groupe, centre de réadaptation) selon les besoins de l'enfant. Durant le placement, une attention particulière sera portée à l'évolution des circonstances familiales qui permettraient la réunification ou un placement chez la parenté. Un second objectif visé par les services de protection est d'offrir aux enfants retirés de leur milieu familial d'origine un milieu de vie stable et permanent, et ce, le plus rapidement possible. L'établissement d'un placement permanent vise à favoriser la stabilité relationnelle, le bon développement de l'enfant, et à fournir un contexte permettant l'établissement d'un sentiment d'appartenance à la communauté et le développement d'un sens d'identité.

Les données indiquent que plus de la moitié (61,0 %) des enfants placés ont été réunifiés avec leur famille d'origine au cours de la période de suivi. Le taux de réunification varie d'un minimum de 57,7 % en 2003-2004 à un sommet de 67,3 % en 2005-2006. La durée médiane de placement cumulatif de la cohorte est de 258 jours, telle que rapportée au tableau 11.1. Puis, parmi les enfants hébergés, 21,6 % étaient encore en placement 36 mois après le début du placement alors que 3,0 % avaient été adoptés. Les enfants hébergés en raison de problèmes de comportement se sont révélés être le groupe le plus susceptible de vivre une réunification familiale (75,4 %), comme présenté en détail au tableau 11.2. La catégorie « Autres situations » comprend des situations qu'il était difficile de bien mesurer, dont beaucoup peuvent impliquer des enfants qui avaient été placés dans la famille élargie, mais pour lesquels aucune information concernant la conclusion du placement n'était disponible. Quant à l'âge, le taux de réunification pour les enfants de moins de 2 ans est le plus bas (43,2 %), et le taux d'adoption de ce même groupe d'âge est le plus élevé (21,8 %).

Plusieurs provinces et territoires du Canada, incluant le Québec, ont établi des durées maximales de placement (par exemple, 24 mois pour les enfants âgés de 12 à 18 mois) au-delà desquelles un projet permanent doit être déterminé pour l'enfant. Le principal défi dans l'estimation d'un délai de placement maximal consiste à déterminer à partir de quel moment on peut statuer qu'un placement deviendra permanent, étant donné qu'un placement permanent ou une réunification planifiée peuvent échouer. Ces aspects représentent des éléments à considérer dans une analyse plus approfondie en raison leurs effets sur le développement de l'enfant.

### 11.4.6. TAUX DE RÉCURRENCE

Le taux de récurrence représente un indicateur important de l'efficacité des services de protection de la jeunesse et de ceux offerts dans la communauté. Le suivi des taux et l'analyse des facteurs associés à la récurrence de la maltraitance guident les gestionnaires dans l'élaboration de programmes et la prise de décision, car ils permettent de dégager les cas de maltraitance les plus susceptibles de se reproduire. La récurrence s'intéresse à tous les dossiers qui ont fait l'objet d'une intervention terminale à l'étape de l'évaluation-orientation ainsi qu'à tous les dossiers fermés à l'application des mesures pour lesquels il y avait un service en vertu de la LPJ. Ces dossiers fermés sont suivis sur une période de 12 mois pour déterminer la prévalence de nouveaux signalements.

Les résultats révèlent que le taux de récurrence dans l'année suivant la fermeture du dossier s'élève en moyenne à 10,6 %. Comme le rapporte le tableau 11.2, les taux de récurrence semblent diminuer au fil des ans. Toutefois, cette tendance mériterait d'être examinée davantage en fonction du volume de clientèle desservie chaque année. Les analyses du taux de récurrence en fonction du motif d'intervention rapportées au tableau 11.3 indiquent que les troubles de comportement présentent le plus haut taux de récurrence (15,5 %), suivis de l'abus physique (11,1 %) et de la négligence (10,0 %). Les cas où le motif d'intervention à la fermeture du dossier LPJ était la négligence ou les troubles de comportement représentent plus de 90 % de tous les cas récurrents l'année suivant la fermeture du dossier.

Puis, comme l'indique le tableau 11.3, les enfants et les adolescents âgés de 6 à 16 ans au moment de la fermeture de leur dossier présentent le plus haut taux de récurrence (6-9 : 11,0 % ; 10-13 : 11,0 % ; 14-16 : 10,7 %) dans l'année suivant la fermeture du dossier, suivis de ceux âgés de 0 à 5 ans (0-1 : 9,7 % ; 2-5 : 9,6 %).

Ces résultats semblent encourageants comme la grande majorité (89,4 %) des enfants dont le dossier a été fermé à l'application des mesures ou à l'intervention terminale aux Centres Batshaw n'ont pas fait l'objet d'un nouveau signalement dont les faits étaient fondés (sécurité ou développement compromis), dans les 12 mois suivant la fermeture de leur dossier. Par ailleurs, il importe d'envisager dans l'interprétation de ces données que la situation des jeunes concernés par une situation de récurrence concerne, dans certains cas, un nouveau signalement. Cela n'est pas nécessairement le signe d'un échec de l'intervention, mais témoigne plutôt de l'émergence de nouvelles difficultés familiales ou d'un manque de services de soutien de la communauté ou des deux.



## CONCLUSION

La rareté des recherches portant sur l'efficacité des interventions en protection de l'enfance pourrait être attribuée à des facteurs tels que le manque de subventions dans ce domaine, une faible tradition de recherche portant sur les services sociaux, ou encore à la complexité inhérente au fait de mener des recherches auprès de familles en crise (Trocmé *et al.*, 2009b ; Trocmé et Esposito, 2011). L'objectif principal de ce projet est que les décisions des gestionnaires soient guidées d'abord et avant tout par des données fiables portant sur les parcours des services cliniques. Grâce à ces indicateurs, les Centres Batshaw disposent d'une richesse d'informations. Néanmoins, ces données doivent être utilisées judicieusement et interprétées avec prudence. D'abord, les indicateurs doivent servir à mieux comprendre le parcours des usagers à l'intérieur des services rendus. Les résultats peuvent ensuite être utilisés pour établir les bases de nouvelles politiques ou de nouveaux programmes.

Il faut prendre garde au fait de ne pas mettre en place des standards basés sur des indicateurs qui n'ont pas été suffisamment étudiés et mis en contexte. Il s'avère donc essentiel de considérer, dans un processus décisionnel, des données représentatives de la nature complexe de la clientèle et des services offerts, et ce, sans privilégier un indicateur au détriment des autres sources d'information. À plus long terme, les premiers indicateurs provinciaux générés pourront servir de point de comparaison sur une base annuelle, afin de comparer l'évolution des parcours de services, en fonction des différents programmes mis en place en réponse à certaines lacunes mises au jour.

L'objectif principal du projet Gestion fondée sur les indicateurs de suivi clinique consistait à outiller les gestionnaires dans leur prise de décision concernant la programmation et le développement des politiques. Cependant, ces indicateurs représentent des mesures indirectes qui requièrent une analyse prenant en considération les limites et les facteurs potentiellement confondants. À titre d'exemple, la diminution de la proportion de jeunes hébergés pourrait être expliquée par des changements de pratiques, par l'implantation de programmes préventifs ou par une baisse dans les volumes de jeunes desservis. Pour contrer cet effet de volume, les indicateurs pourraient être présentés sous forme de taux parmi les enfants desservis par les CJ.

Dans un autre ordre d'idées, les indicateurs ne tiennent pas compte de la nature dynamique du système de protection de l'enfance, qui se caractérise par le fait qu'un changement observé sur le plan d'un seul indicateur est susceptible de se répercuter sur d'autres indicateurs.

En effet, la diminution de la durée de placement peut sembler, à première vue, être un résultat encourageant, mais devient problématique lorsqu'elle s'accompagne d'une élévation du taux de récurrence. Un dernier aspect à considérer se rapporte au fait que les indicateurs ne sont pas conçus pour guider la prise de décision clinique sur le plan individuel. Un centre jeunesse cherchant à développer des stratégies pour stabiliser les placements pourrait se fixer comme objectif une baisse du taux de déplacements. Néanmoins, un intervenant ne devrait pas confondre cet objectif global avec les considérations cliniques qui influencent les prises de décision individuelles pour l'enfant et sa famille, ni prendre des décisions cliniques par crainte d'influencer négativement l'évolution d'un indicateur global.

Les résultats de ce projet permettent aux Centres Batshaw et éventuellement aux CJ du Québec d'obtenir un portrait représentatif du cheminement de la clientèle à l'intérieur des services offerts. L'aspect longitudinal de ces résultats permettra de repérer certains groupes ou séquences particulières de services qui se démarquent lorsque comparés à l'ensemble des CJ. Pris collectivement et de manière intégrée, ces indicateurs permettront donc de mieux cibler les orientations à prioriser dans la mise en place ou le développement de services ou de programmes particuliers. Grâce aux retombées de ce projet, les populations vulnérables seront desservies dans un souci d'amélioration des services, en fonction des réalités de cheminement observées pour chacun des CJ. Ce projet permettra de développer une culture organisationnelle où les données portant sur les parcours des services deviennent un élément important pour guider les orientations de l'établissement.

## BIBLIOGRAPHIE

- CAMPBELL, A., SPRINGATE, M. et N. TROCMÉ (2009). *Legislation's Influence on Judicialization : Examining the Effects of Statutory Structure and Language on Rates of Court Use in Child Welfare Contexts*, Windsor Yearbook of Access to Justice, 28 p.
- COURTNEY, M.E. (1995). « Re-entry to foster care of children returned to their families », *Social Service Review*, vol. 69, n° 2, p. 226-241.
- COURTNEY, M., NEEDELL, B. et F. WULCZYN (2004). « Unintended consequences of the push for accountability : The case of national child welfare performance standards », *Children and Youth Services Review*, vol. 26, n° 12, p. 1141-1154.
- COURTNEY, M.E. et J. THOBURN (2009). *Children in State Care : The Library of Essays in Child Welfare and Development*, Burlington, Ashgate.
- DUFOUR, S. et C. CHAMBERLAND (2004). « The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment : Enhancing the well-being of children who live at home », *Child and Family Social Work*, vol. 9, n° 1, p. 39-56.
- FARAND, L., CHAGNON, F., RENAUD, J. et M. RIVARD (2004). « Completed suicides among Quebec adolescents involved with juvenile justice and child welfare services », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 34, n° 1, p. 24-36.
- GILBERTSON, R. et G.B. JAMES (2003). « Breakdown of foster care placement : Carer perspectives and system factors », *Australian Social Work*, vol. 56, n° 4, p. 329-340.
- HAAPASALO, J. (2000). « Young offenders' experiences of child protection services », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 29, n° 3, p. 355-372.
- HAMILTON, C.E., FALSHAW, L. et K.D. BROWNE (2002). « The link between recurrent maltreatment and offending behaviour », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 46, n° 1, p. 75-94.
- HARTNETT, M.A., FALCONNIER, L., LEATHERS, S. et M. TESTA (1999). *Placement Stability Study*, Children and Family Research Centre, School of Social Work, Université de l'Illinois.
- HECK, C. et A. WALSH (2000). « The effects of maltreatment and family structure on minor and serious delinquency », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 44, n° 2, p. 178-193.
- JAMES, S., LANDSVERK, J. et D.J. SLYMEN (2004). « Placement movement in out-of-home care : Patterns and predictors », *Children and Youth Services Review*, vol. 26, n° 2, p. 185-206.
- KAUFMAN, J.G. et C.S. WIDOM (1999). « Childhood victimization, running away, and delinquency », *Journal of Research in Crime and Delinquency*, vol. 36, n° 4, p. 347-370.
- KIMBERLIN, S., ANTHONY, E. et M. AUSTIN (2009). « Re-entering foster care : Trends, evidence, and implications », *Children and Youth Services Review*, vol. 31, n° 4, p. 471-481.
- LAURENDEAU, C. et N. TROCMÉ (2009). « Gestion fondée sur les données probantes en protection de la jeunesse », *Branché*, vol. 1, n° 1, p. 1-2.
- LEMMON, J.H. (1999). « How child maltreatment affects dimensions of juvenile delinquency in a cohort of low-income urban youths », *Justice Quarterly*, vol. 16, n° 2, p. 357-377.
- LEMMON, J.H. (2006). « The effects of maltreatment recurrence and child welfare services on dimensions of delinquency », *Criminal Justice Review*, vol. 31, n° 1, p. 5-32.
- LESSARD, C. (2008). *Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1999-2000 à 2006-2007*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la gestion de l'information, 526 p.

- OOSTERMAN, M., SCHUENGEL, C., SLOT, N.W., BULLENS, R.A.R et T.A.H. DORELEIJERS (2007). « Disruptions in foster care : A review and meta-analysis », *Children and Youth Services Review*, vol. 29, n° 1, p. 53-76.
- RUBIN, D.M., ALESSANDRINI, E.A., FEUDTNER, C., MANDELL, D.S., LOCALIO, A.R. et T. HADLEY (2004). « Placement stability and mental health costs for children in foster care », *Pediatric*, vol. 113, n° 5, p. 1336-1341.
- RUBIN, D.M., O'REILLY, A.L.R., LUAN, X. et A.R. LOCALIO (2007). « The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care », *Pediatrics*, vol. 119, n° 2, p. 336-344.
- TROCMÉ, N. et T. ESPOSITO (2011). « Comment mesurer l'impact de la protection de la jeunesse ? », *Le Point*, vol. 7, n° 2, p. 48-50.
- TROCMÉ, N., ESPOSITO, T., LAURENDEAU, C., THOMSON, W. et L. MILNE (2009b). « La mobilisation des connaissances en protection de l'enfance », *Criminologie*, vol. 42, n° 1, p. 35-59.
- TROCMÉ, N., HÉLIE, S., MACLAURIN, B., FALLON, B., SHLONSKY, A., MULCAHY, M. et T. ESPOSITO (2009a). *Matrice d'indicateurs de protection de la jeunesse (MIP)*, Montréal, Université McGill, Centre de recherche sur l'enfance et la famille.
- TROCMÉ, N., NUTTER, B., MACLAURIN, B. et B. FALLON (1999). *Child Welfare Outcome Indicator Matrix*, Toronto, Université de Toronto, Bell Canada Child Welfare Research Unit, <<http://www.mcgill.ca/files/crcf/OutcomesIndicatorMatrix.pdf>>.
- UNRAU, Y.A., SEITA, J. et K. PUTNEY (2008). « Former foster youth remember multiple placement moves : A journey of loss and hope », *Children and Youth Services Review*, vol. 30, n° 11, p. 1256-1266.
- WULCZYN, F., KOGAN, J. et B.J. HARDEN (2003). « Placement stability and movement trajectories », *Social Service Review*, vol. 77, n° 2, p. 212-236.

# **JEUNES EN DIFFICULTÉ ET DÉFENSE DES DROITS PRÉOCCUPANTE**

## **LA NÉCESSITÉ D'ÉTABLIR DE NOUVEAUX SYSTÈMES POUR AIDER LES ENFANTS À PORTER PLAINTÉ AU PAYS DE GALLES<sup>1</sup>**

---

**Andrew PITHOUSE, Ph. D.**

Childhood Studies Research Group, Université de Cardiff

**Anne CROWLEY, Ph. D.**

Childhood Studies Research Group, Université de Cardiff

L'imposante littérature, que l'on ne peut pas entièrement aborder ici, laisse entendre que la défense des droits est généralement considérée comme un processus visant à faire en sorte que la voix d'une autre personne soit entendue, permettant à celle-ci de s'exprimer ou de parler au nom d'autrui. Ainsi, l'objectif de la plupart des efforts de défense des droits devrait ultimement mener à la défense personnelle des droits (Dalrymple, 2003). Toutefois, la défense des droits englobe également les gestes collectifs visant à dénoncer les injustices ou à influencer des événements sur un plan plus systémique. Sommairement, il existe deux approches générales en ce qui a trait à la défense des droits : individuelle fondée sur les litiges, et collective ou fondée sur la cause. Au pays de Galles, le mode type de défense des droits des enfants exigé par les autorités locales est fondé sur les causes et est offert par des organismes bénévoles œuvrant

---

1. Ce chapitre a été traduit par la firme TraductArt | TranslatArt.

auprès des enfants (Pithouse et Parry, 2005). Les enfants peuvent s'informer au sujet des services de défense des droits offerts dans le pays de Galles, et y avoir accès, grâce à un large éventail de ressources électroniques et papier (lignes d'aide, sites Web, dépliants, etc.). Ils peuvent aussi obtenir de l'information au sujet de la défense des droits auprès de leurs pairs. Les enfants dans le besoin reçoivent, quant à eux, généralement de l'information sur la défense des droits de la part de professionnels qui jouent un rôle clé dans leur vie. Dans une optique de préservation et de promotion des intérêts et des droits de l'enfant, il est essentiel que ce dernier soit entendu, et ce, tout au long du processus d'évaluation. C'est dans les multiples occurrences et contextes d'évaluation relativement aux enfants dans le besoin et à leur trajectoire de vie dans une famille d'accueil que la question de la défense des droits est la plus susceptible d'être soulevée. Le cadre de référence britannique, le Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF), et ses documents dérivés (Royaume-Uni. Department of Health, Department for Education and Employment et Home Office, 2000) viennent façonner en grande partie la manière dont les travailleurs sociaux et les autres professionnels du pays de Galles et de l'Angleterre qui travaillent avec les enfants adoptent une perspective globale de l'enfant, de ses parents/fournisseurs de soins et de ses environnements de vie. C'est souvent lors de l'évaluation, de l'examen des cas et des autres points de transition vers des soins que les travailleurs déterminent s'il est nécessaire de faire appel à un défenseur des droits. En ce sens, les professionnels s'avèrent des arbitres clés qui permettront de déterminer si un enfant doit être aiguillé vers cette personne. Il est également important que les enfants trouvent leur propre voie vers un défenseur et qu'ils puissent le faire de façon indépendante des autres professionnels s'ils sont d'avis que leur voix n'est pas entendue ou qu'on ne les écoute pas sérieusement. Ainsi, il est possible qu'une forme de tension entre le défenseur et les autres professionnels s'installe, comme il en sera question plus tard dans cet article et qu'il l'a déjà été ailleurs (Pithouse et Crowley, 2008).

Ce chapitre fait état des principales constatations d'une étude financée par le gouvernement gallois sur les plaintes déposées contre les services sociaux offerts par les autorités locales concernant des enfants dans le besoin et le recours aux services de défense des droits dans le pays de Galles (Crowley et Pithouse, 2007, 2008 ; Parry *et al.*, 2006 ; Pithouse et Parry, 2005 ; Pithouse *et al.*, 2005 ; Pithouse et Crowley, 2007, 2008). Cette étude révèle d'importantes perspectives quant à la façon dont les enfants vulnérables et les fournisseurs de services publics perçoivent la défense des droits et la manière dont celle-ci est assurée. De façon plus

générale, près de deux décennies de recherches, de rapports et de politiques sur la violence faite aux enfants et la protection des enfants ont fait en sorte que la défense des droits des enfants constitue un impératif du gouvernement gallois dictant la croissance d'un secteur indépendant de la défense des droits dans le pays de Galles. Le présent article est centré sur le monde organisationnel des plaintes et de la défense des droits des enfants, lequel fait rarement l'objet de recherches.

## **12.1. CONTEXTE DES POLITIQUES**

Il y a plus de vingt ans, les enfants qui bénéficiaient des services sociaux avaient le droit de faire des représentations concernant les services reçus. Le paragraphe 26(3) de la Children Act 1989 au Royaume-Uni exige des autorités locales qu'elles établissent des procédures pour s'occuper des représentations, y compris des plaintes à propos de l'annulation par les autorités locales de l'une ou l'autre de leurs fonctions relativement aux services offerts aux enfants dans le besoin. L'importance d'offrir aux enfants et aux adolescents l'occasion de s'exprimer concernant les questions qui les touchent a été mise au premier plan au Royaume-Uni par la ratification en 1989 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CDE). La Convention se veut le traité sur les droits de la personne ayant été adopté par le plus grand nombre de pays dans le monde. Plus particulièrement, l'article 12 de la CDE énonce le droit des enfants d'être entendus, d'être écoutés et de s'exprimer en étant certains que leurs préoccupations relatives aux questions qui les touchent seront dûment prises en considération. La ratification de la Convention par le Royaume-Uni a influencé la rédaction de la Children Act et l'introduction dans celle-ci du droit de l'enfant de déposer une plainte. Le chef-inspecteur des services sociaux de l'époque, Sir William Utting, architecte de la Children Act 1989, percevait les procédures de dépôt des plaintes par les enfants en vertu de la Loi comme faisant partie intégrante du système de protection des enfants pris en charge (Ball et Connolly, 2005). Toutefois, dans l'histoire de l'Angleterre et du pays de Galles, une longue liste d'études a révélé un nombre faible et inquiétant de plaintes déposées par des enfants et des adolescents (Aiers et Kettle, 1998 ; Wallis et Frost, 1998). Le rapport historique de Sir William Utting (1997) sur la protection des enfants qui ne vivent pas à la maison a souligné l'effort déployé par les autorités locales dans l'établissement de procédures de dépôt de plaintes, mais a également soulevé d'importants doutes concernant la confiance qu'ont les enfants en ce processus. Il a ainsi révélé la très petite proportion de plaintes formulées par des enfants et leur manque de confiance dans le processus.

Depuis 2000, les autorités locales du pays de Galles se sont vues exiger par le gouvernement de faire appel à des services de défense des droits auprès du secteur bénévole de façon à offrir une représentation indépendante pour les enfants et les adolescents vulnérables et pris en charge. En outre, après la publication du rapport Carlile (2002) sur la protection des enfants au sein du National Health Service (NHS) et du rapport d'enquête Clywch sur la violence dans les écoles (Children's Commissioner for Wales, 2004), de petites étapes fort importantes ont été franchies sur le plan politique afin de reconnaître l'importance des plaintes déposées par les enfants et les adolescents en tant que processus essentiel pour la protection des intérêts des enfants dans les établissements d'éducation et de santé (Children's Commissioner for Wales, 2005 ; Crowley, 2006). Par conséquent, dans le pays de Galles, on respecte depuis longtemps l'exigence prévue à l'article 29 de l'Education Act 2002 (loi sur l'éducation), lequel demande que toutes les instances dirigeantes de toutes les écoles publiques établissent des procédures pour traiter les plaintes, y compris celles déposées par les élèves. De la documentation à l'appui a également été offerte aux instances dirigeantes des écoles concernant les procédures relatives aux plaintes concernant des élèves (Welsh Assembly Government, 2006). En vertu de l'Adoption and Children Act 2002, on exige de l'ensemble des autorités locales du pays de Galles et de l'Angleterre qu'elles s'assurent que les enfants pris en charge et ceux qui quittent les structures de prise en charge ont accès à une défense des droits indépendante. Le Welsh Assembly Government (2003), dans son guide intitulé *Providing Effective Advocacy Services for Children and Young People Making a Representation or Complaint under the Children Act 1989*, indique qu'il s'engage à mettre des services de défense des droits à la disposition de tous les enfants et de tous les adolescents bénéficiant des services offerts dans les établissements de santé, d'éducation et de services sociaux. Les normes clés du National Service Framework (NSF) for Children, Young People and Maternity Services du pays de Galles exigent qu'un service indépendant de défense des droits soit accessible gratuitement à tous les enfants et à tous les adolescents, et que les systèmes de dépôt des plaintes soient conviviaux pour les enfants et accessibles pour ceux-ci (Welsh Assembly Government, 2005).



## 12.2. MÉTHODE

Ce chapitre s'appuie sur les conclusions tirées de recherches financées par le gouvernement gallois sur l'offre de services de défense des droits dans le pays de Galles. La recherche comporte des enquêtes nationales et des entrevues structurées auprès des autorités locales et des fournisseurs de services de défense des droits. Le présent chapitre s'appuie plus précisément sur les données recueillies dans le cadre de groupes de discussion et d'entrevues semi-structurées auprès des jeunes. Leur participation se décline en trois volets. Premièrement, six groupes de discussion sont organisés auprès d'un échantillon de convenance de 70 enfants et adolescents âgés de 9 à 21 ans provenant de tout le pays de Galles et issus de (et regroupés selon) divers contextes de vulnérabilité (p. ex., placement en dehors du milieu familial, incapacité, pauvreté, statut de réfugié, ethnicité, sexualité). Les jeunes sont identifiés par des groupes représentatifs d'enfants et des tribunes pour enfants au niveau régional et des autorités locales du pays de Galles. Deuxièmement, des entrevues semi-structurées sont réalisées auprès d'un échantillon de convenance ( $n = 28$ ) de jeunes ayant déposé des plaintes auprès d'autorités locales galloises concernant les soins qui leur ont été prodigués au cours des 12 à 18 derniers mois. Les agents responsables des plaintes pour l'autorité locale ont abordé les jeunes en notre nom, avec une demande d'entrevue. Enfin, des entrevues semi-structurées sont également réalisées auprès d'un échantillon par choix raisonné ( $n = 23$ ) de jeunes âgés de 10 à 24 ans, qui ont fait appel aux services de défense des droits afin de déposer une plainte ou une forme de représentations auprès des autorités locales galloises concernant les services sociaux. Ces jeunes sont choisis à partir de listes anonymes fournies par les fournisseurs de services de défense des droits du pays de Galles. Les services de défense des droits ont été choisis afin de représenter les différents modèles et fournisseurs œuvrant dans le pays de Galles à ce moment-là.

Par ailleurs, un sondage national est réalisé auprès de 22 autorités locales du pays de Galles concernant leurs efforts de mise en place de services de défense des droits, l'établissement de relations opérationnelles avec des fournisseurs de services de défense des droits, le nombre de plaintes déposées par ou au nom des enfants sur une période donnée, et la participation des services de défense des droits à ces plaintes.

On ne peut prétendre que les échantillons de jeunes susmentionnés sont sans biais ou représentatifs de l'ensemble des enfants ayant recours à un soutien professionnel de défense des droits, mais ceux-ci incluent un large éventail de situations relatives aux jeunes vulnérables qui sont dans le besoin ou qui sont pris en charge.

## 12.3. RÉSULTATS

### 12.3.1. DÉFENSE DES DROITS ET PLAINTES : VUE DE L'EXTÉRIEUR ?

Le sondage réalisé auprès de l'ensemble des autorités locales du pays de Galles (Crowley et Pithouse, 2007) révèle que dans l'année de recensement choisie (celle dont les dossiers sont les plus complets, soit 2005), il y a eu quelque 671 plaintes concernant un enfant dans le besoin, la plupart ayant été traitées par l'autorité locale. La population d'enfants dans le besoin qui recevaient un service relativement à la loi de 1989 à cette époque et qui, par conséquent, étaient admissibles en principe à déposer une plainte en vertu de l'article 26 est estimée à plus de 12 000. Ce groupe comprend principalement des enfants pris en charge, des enfants ayant une incapacité, des enfants visés par des procédures de protection de l'enfance et des enfants ayant des besoins complexes. Les autorités locales indiquent que seulement 12 % des 671 plaignants ont eu recours à des services professionnels de défense des droits ; la norme penche plutôt vers une plus grande participation de membres adultes de la famille et une défense personnelle des droits par les enfants eux-mêmes. Dans l'ensemble, les membres adultes de la famille étaient plus susceptibles de s'occuper de plaintes concernant des enfants. Ni la nature ni les procédures associées au système de dépôt de plaintes n'ont été ici étudiées (voir plutôt Crowley et Pithouse, 2008). Ce qui est plutôt ici abordé est la question de savoir pourquoi un nombre relativement faible d'enfants présentent des déclarations au sujet des interventions qu'ils ont vécues et les raisons pour lesquelles la défense des droits semble jouer un rôle mineur. Afin d'étudier cette question, les données provenant des groupes de discussion et des entrevues réalisées auprès des jeunes ont été analysées de manière à faire ressortir les résultats les plus éloquentes au regard des comportements des jeunes au moment de chercher de l'aide.

Les groupes de discussion auprès des jeunes dans le besoin dans le pays de Galles ont permis d'étudier la compréhension qu'ils ont de leurs droits, et plus particulièrement de leur droit à porter plainte au sujet des services publics ; de leur compréhension de la défense des droits ; de leur perception et de leurs expériences concernant les services de défense des droits accessibles aux enfants et aux jeunes ; et du type de services de défense des droits qu'ils aimeraient obtenir.

Les six groupes concernés sont composés d'enfants choisis en raison de différentes vulnérabilités (p. ex., la prise en charge, l'incapacité, la pauvreté, le statut de réfugié, l'ethnicité, la sexualité). Leurs réponses comportent de nombreux thèmes communs. Quant aux jeunes n'ayant jamais eu recours aux services de défense des droits, le concept de « défense des droits » leur semble difficile à comprendre et, dans certains cas, rébarbatif :

*La défense des droits est un concept un peu déroutant, mais peut-être qu'il serait utile d'avoir recours à un défenseur ou que cela pourrait aider lorsqu'on est triste ou dans une situation difficile et qu'on ne sait pas quoi faire et qu'on n'a personne à qui parler, lorsqu'on ne sait pas ce qui se passe ou lorsqu'on se fait envoyer d'un endroit à l'autre (Ami, 16 ans, prise en charge).*

Les jeunes estiment qu'ils sont mal renseignés au sujet de leurs droits. La promotion du recours au soutien de la défense des droits exige de ces derniers (et des adultes importants qui les entourent) qu'ils soient beaucoup mieux informés au sujet de leurs droits, ce à quoi ils peuvent et ne peuvent pas s'attendre, la façon de déposer une plainte et ce qui se passera s'ils expriment des préoccupations. Les jeunes dépendent d'adultes présents dans leur vie et qui les soutiennent (des personnes qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance) pour les aider à accéder aux services de défense des droits, tels que des enseignants, des travailleurs sociaux, des parents d'accueil et des parents ou amis, qui semblent tous être des personnes particulièrement importantes à cet égard. Ces personnes agissent souvent de manière officieuse à titre de défenseurs pour ces jeunes. Cela a été perçu de façon positive par les jeunes (ils préfèrent faire affaire avec un intervenant qu'ils connaissent), mais les services de défense des droits sont perçus comme étant réellement utiles dans un contexte plus officiel ou lorsqu'il pourrait y avoir un conflit d'intérêts. « Jim [travailleur social à l'échelle locale] nous a réellement aidés à faire entendre nos propos. Pour surmonter les difficultés que nous avons concernant des activités comme prendre l'autobus et se rendre à des bâtiments qui n'étaient pas accessibles » (Jane, 17 ans, déficience physique).

### **12.3.2. POINTS DE VUE DES ENFANTS SUR LA PROCÉDURE DE PLAINTES**

Les entrevues réalisées auprès des 28 jeunes qui ont déposé une plainte au sujet de l'offre de services sociaux ont fourni de l'information très éclairante. La description qu'ont faite les jeunes du dépôt d'une plainte aux services sociaux a révélé qu'ils ont besoin du soutien des adultes qui les entourent (principalement le personnel des services sociaux ou les assistants familiaux) ou d'un service de défense des droits proactif, local, afin d'obtenir de l'information au sujet des procédures de dépôt des plaintes. Bon nombre d'entre eux indiquent avoir vu de l'information (généralement sur des affiches ou des dépliants) au sujet de la procédure de dépôt des plaintes, mais la plupart affirment que celle-ci ne leur en disait pas beaucoup au sujet de la procédure et des différentes étapes, et qu'elle n'expliquait pas comment déposer une plainte ni ce à quoi ils devaient s'attendre comme

résultat ou la façon dont ils devaient participer et demeurer informés : « *L'information en soi ne suffit pas. On a également besoin d'une explication, pas seulement d'une brochure* » (**Michael, 15 ans**).

Les expériences vécues par ces 28 jeunes laissent également entendre que certaines plaintes sont souvent présentées comme un événement officiel sans déclencher de procédures complètes ; bien que cela ne constitue pas nécessairement un problème, les raisons doivent être précisées dès le départ : « *Ils n'ont pas traité cela comme une plainte de ma part. Je n'ai jamais rempli de formulaire de plainte, et l'on ne m'en a jamais offert* » (**Kelly, 13 ans**).

Dans une minorité de cas, les plaintes sont suivies de longues périodes de préoccupations et de confusion évidentes pour les jeunes concernant l'état des questions qu'ils ont soulevées : « *Je croyais que ce serait rapide et simple ; il m'a fallu des lunes, personne n'est venu, les documents se sont perdus dans la poste...* » (**Tara, 19 ans**).

Des retards initiaux de six semaines ou plus pour répondre par écrit aux plaintes sont rapportés par la moitié des 28 personnes interrogées. De nombreux jeunes sont demeurés incertains du processus par lequel leur plainte et eux-mêmes sont passés, même après avoir terminé les diverses étapes et phases. Les plaintes, comme d'autres processus organisationnels liés au travail social, reflètent une perspective de l'enfance qui peut sembler ambivalente ; par conséquent, les procédures de dépôt des plaintes par les enfants sont essentiellement conçues pour les adultes et peuvent être déconcertantes pour les utilisateurs de services concernés (Wallis et Frost, 1998). Il n'est donc pas surprenant d'observer que, dans l'ensemble, le point de vue des répondants laisse entendre un manque de clarté quant aux rôles et aux droits des jeunes au moment de faire avancer de manière efficace le processus de dépôt des plaintes. La raison la plus commune pour laquelle les jeunes décident de porter plainte auprès des services sociaux n'est pas entendue ni prise au sérieux. Tous les jeunes interrogés indiquent avoir tenté à répétition de faire entendre leurs préoccupations aux services sociaux et trouvent que le personnel n'a pas accordé suffisamment de poids aux questions soulevées. Les jeunes prétendent qu'ils doivent souvent se battre pour obtenir des réponses de la part des services sociaux à des questions apparemment simples au sujet de l'aide ou du soutien auquel ils ont droit : « *Mon travailleur social n'écoutait pas, le personnel non plus. Si vous êtes un enfant, il vous est impossible de vous faire entendre par les adultes, n'est-ce pas ? Je devais faire quelque chose ; les employés disaient qu'ils ne pouvaient pas empêcher mon transfert* » (**Sara, 14 ans**).

On observe une similitude entre ces réponses et les quelques études du Royaume-Uni sur les raisons pour lesquelles les enfants se plaignent auprès des services sociaux et sur la manière dont certains professionnels perçoivent les enfants comme étant marginaux, ayant une capacité limitée d'autocontrôle et dont les opinions sont donc moins importantes (Dalrymple, 2005 ; Dalrymple et Hough, 1995). Malgré les difficultés signalées par de nombreux jeunes au moment de faire reconnaître leur plainte et d'être pris au sérieux par les services sociaux une fois dans le « système », plus de la moitié des jeunes interrogés se disent satisfaits du processus de dépôt des plaintes ; environ le tiers ne sont pas satisfaits ; les autres n'étant ni satisfaits ni insatisfaits. Près de la moitié des jeunes personnes interrogées ( $n = 13$ ) ont reçu une décision concernant leur plainte à l'intérieur des délais recommandés par la Loi. Dans l'ensemble, près des trois quarts ( $n = 18$ ) de ces jeunes sont d'avis qu'il avait valu la peine de déposer une plainte auprès de l'autorité locale. Bien qu'il soit encourageant de noter ces réponses positives, il n'en demeure pas moins que, comme l'indiquent des études antérieures (Aiers et Kettle, 1998 ; Wallis et Frost, 1998), les jeunes sont d'avis qu'il est difficile d'exprimer des préoccupations et de déposer une plainte. Même si des rapports clés (Children's Commissioner for Wales, 2004 ; Waterhouse, 2000) pressent depuis longtemps les autorités locales de présenter un message clair indiquant aux plaignants qu'ils ne doivent pas craindre les répercussions d'une plainte, plusieurs répondants sont néanmoins d'avis que ces craintes font partie de ce qui rend la chose difficile pour certains jeunes : « *Si vous vous plaignez, on vous colle l'étiquette de "difficile". Il y a des notes dans mon dossier en ce sens...* » (Hayley, 17 ans).

### 12.3.3. DÉFENSE DES DROITS ET PLAINTES

Cette recherche, réalisée pour le gouvernement gallois (voir Pithouse et Crowley, 2008), comporte également des entrevues réalisées auprès d'un troisième échantillon composé de 23 jeunes qui ont eu recours à des services professionnels et indépendants de défense des droits. Ces entrevues ont pour but de déterminer la satisfaction des jeunes relativement aux services de défense des droits reçus, la conformité (du point de vue du jeune) aux normes nationales du gouvernement gallois et les suggestions des jeunes pour améliorer les services de défense des droits dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation. L'accès au soutien pour la défense des droits s'est avéré difficile pour certains des répondants. On ne leur a pas toujours offert d'encadrement pour trouver du soutien et des services de défense des droits lorsqu'ils se sont

décidés à déposer une plainte. La plupart des jeunes n'ont pas communiqué d'eux-mêmes avec les services de défense des droits. Des agents responsables des plaintes déposées par des enfants, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels sont décrits comme des acteurs proactifs qui ont aidé le tiers des répondants à obtenir un soutien auprès des services de défense des droits : « *Avant que je dépose la plainte, on m'a offert les services d'un intervenant. Je ne savais pas qui ils étaient ni quel était leur rôle. Je savais juste qu'ils avaient aidé des jeunes à déposer une plainte* » (**Teodora, 16 ans**).

Les qualités que les enfants et les adolescents apprécient relativement au soutien pour la défense des droits sont bien documentées (Noon, 2000). La confiance, le respect et la confidentialité sont mentionnés par les répondants comme étant des éléments essentiels d'une relation positive en matière de défense des droits. L'indépendance et la distance par rapport à l'autorité locale sont également considérées comme des éléments importants par la plupart des jeunes. Certains répondants reconnaissent que leur travailleur social et d'autres professionnels (comme des agents responsables du dépôt des plaintes) n'étaient pas indépendants et qu'en tant qu'employés de l'autorité locale, ils pouvaient être partiaux puisqu'ils agissaient à titre d'intervenant (Barford et Wattam, 1991 ; Dalrymple, 2004). Fait toutefois intéressant, lorsque les agents responsables du dépôt des plaintes de l'autorité locale s'engagent à rendre le processus convivial pour les enfants et détiennent des compétences en matière de relations avec les jeunes, leur soutien indépendant n'est pas toujours perçu comme étant essentiel ou préférable :

*J'ai appelé l'agent responsable du dépôt des plaintes et il est venu me voir. Il m'a offert d'aller parler au personnel [dans la résidence de l'enfant] et de tenter de régler l'affaire et m'a proposé de me donner des numéros de téléphone pour aller plus loin. Je ne sentais pas vraiment que j'avais besoin de plus de soutien* (**Mohammed, 16 ans**).

Certains répondants perçoivent le service de défense des droits comme n'étant pas suffisamment indépendant, parce qu'il est mandaté par l'autorité locale et qu'il existe une relation financière entre les deux : « *Ils sont financés par les services sociaux, ce qui les rend partiaux... ils sont tous "copains-copains", et travaillent en étroite collaboration. C'est décevant, ils nous laissent tomber* » (**Tracy, 18 ans**).

D'autres éléments de la relation en matière de défense des droits perçus par les répondants comme étant précieux comprennent l'aide pratique et le soutien affectif qu'ils reçoivent au moment de négocier la procédure de dépôt des plaintes et le fait que l'intervenant demeure avec eux tout au long du processus :

*Il s'agit d'une procédure d'envergure. Les services de défense des droits m'ont beaucoup aidée. Ils utilisaient toujours de grands mots et la défenseuse me les a tous expliqués. Ils étaient très impolis avec moi chez moi – ils tapaient du pied et tout. Le fait d'être accompagnée par une intervenante m'a donné plus de confiance et j'ai été en mesure de dire ce que je pensais. J'ai senti que l'intervenante était de mon côté. Elle était formidable* (Joanna, 19 ans).

Le sentiment d'étroite collaboration avec un défenseur pour faciliter le déroulement de la plainte est un déterminant clé dans la satisfaction globale des jeunes concernant le processus de dépôt d'une plainte. Les répondants ont tendance à percevoir la relation comme étant presque une « amitié », fondée sur une base plus égale et, à leur avis, plus respectueuse, et dans laquelle le temps et la volonté d'écoute ne manquent pas (voir également Dalrymple, 2005, p. 7) : « *Ils ont écouté. Ils étaient de mon côté. Ils m'ont montré ce que je devais faire. Je leur ai fait confiance* » (Michael, 16 ans).

Les enfants et les adolescents apprécient recevoir de l'aide pratique au moment de faire entendre leurs propos, sans toutefois que leurs opinions ne soient modérées ou transformées de quelque façon que ce soit par un défenseur (voir Templeton et Kemmis, 1998) : « *Ils m'ont aidé de nombreuses façons, comme pour photocopier des lettres, pour faire des appels, pour parler aux gens, pour organiser les rencontres – ils me poussaient toujours à aller plus loin* » (Rhian, 16 ans).

Malgré le fait que beaucoup de temps et d'effort sont consacrés par les autorités locales du pays de Galles afin de rendre les procédures de dépôt des plaintes auprès des services sociaux conviviales pour les enfants et les adolescents, ces derniers sont généralement d'avis qu'ils doivent pousser les autorités locales à prendre leur plainte au sérieux et, en cas d'échec, ce sont leurs défenseurs qui doivent le faire. Parmi les répondants qui n'ont pas eu recours au soutien pour la défense des droits au moment de déposer leur plainte ( $n = 5$ ), quatre d'entre eux indiquent s'être battus pour faire reconnaître leur plainte et il était évident qu'ils n'étaient pas vraiment au courant de l'objectif ni de la façon de travailler dans le processus de dépôt des plaintes, contrairement à ceux qui avaient reçu un service de défense des droits. Les jeunes personnes vulnérables ont besoin d'un professionnel pour agir avec vigueur et détermination (Clever, 1996), mais seulement un petit nombre de jeunes parlent positivement du rôle qu'a joué leur travailleur social pour les encourager à déposer une plainte. De façon générale, ils sont critiques à l'égard de leur travailleur social (ou n'en ont pas) : « *Je n'ai jamais vu mon travailleur social et je n'ai pas compris ce qui se passait. Je n'avais aucun soutien et, vous savez, j'en avais vraiment*

*besoin. J'étais à risque. Je voulais savoir à quoi j'étais admissible, ayant quitté le système d'aide et de protection de la jeunesse, et personne ne voulait me le dire* » (Joanna, 19 ans).

Pour plus du cinquième des 23 répondants, la plainte concerne leur travailleur social et le service qu'ils ont reçu. Le rôle du travailleur social à titre de défenseur pour son client est largement absent du point de vue du jeune.

### 12.3.4. RÉSUMÉ DES MESSAGES CLÉS

Dans l'ensemble, les jeunes pris en charge ou dans le besoin ne semblent pas savoir à qui s'adresser pour présenter leur plainte et craignent que leurs préoccupations ne soient pas prises au sérieux. Ils préfèrent demander à un adulte de confiance d'agir à titre de défenseur pour eux plutôt que de recourir à une procédure officielle de dépôt de plainte. Sans le soutien et l'encouragement d'une personne qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance, peu de jeunes sont prêts à utiliser les mécanismes officiels de dépôt de plainte, même s'ils les connaissent. Les principales raisons évoquées sont les suivantes : les jeunes croient qu'on ne les écouterait pas ou craignent des représailles pour s'être exprimés. Ces constats rejoignent ceux d'autres études sur la représentation des enfants vulnérables (Cashmore, 2002). Ils soulèvent des questions concernant la nécessité d'établir un nouveau système de défense des droits pour les jeunes qui souhaitent déposer des plaintes, s'inscrivant fermement dans le contexte d'une approche plus vaste démontrant activement aux enfants et aux adolescents qu'ils sont valorisés et respectés.

La plupart des enfants et des adolescents de l'étude ne semblent pas familiers avec le concept de la défense des droits et de ce qu'un défenseur peut être ou peut faire. Ils connaissent peu (et comprennent moins) les procédures de dépôt des plaintes et s'appuient sur des adultes importants dans leur vie (les personnes qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance) pour les conseiller sur la façon de déposer une plainte et sur le soutien auquel ils peuvent avoir recours. Les jeunes doivent pouvoir s'attendre à ce que leurs droits soient soutenus et à avoir un accès rapide à un soutien si leurs droits sont menacés. Ces résultats appuient la nécessité d'un changement d'attitudes quant au soutien des droits des enfants et des adolescents et à leur rôle dans la manière de façonner les services publics. Bien que nous en sachions relativement peu à propos des décisions et processus utilisés par les jeunes pour obtenir de l'aide à l'intérieur de leurs divers milieux de vie au Royaume-Uni (voir Tudge et Hogan, 2005), nous connaissons, à la lumière de nos études, les principaux points suivants. Premièrement,



la plupart des utilisateurs de services de défense des droits interrogés demandent du soutien pour faire des représentations, et ce, concernant plus d'un problème qu'ils éprouvent dans leur vie. Deuxièmement, ils apprécient le soutien en matière de défense des droits au moment de déposer une plainte. Troisièmement, la confidentialité et l'indépendance des services de défense des droits sont des éléments considérés comme très importants. Quatrièmement, les jeunes suggèrent de s'engager à fournir de l'information, du soutien ainsi qu'une démarche efficace et positive d'écoute et de règlement des plaintes si l'on veut encourager les enfants et les adolescents à recourir aux systèmes de dépôt des plaintes plutôt qu'à s'en éloigner.

Tous les répondants des groupes de discussion et les participants aux entrevues individuelles mentionnent l'élément affectif et comportemental du rôle de défense des droits. Les jeunes désirent avoir le temps et l'occasion de connaître la personne, pouvoir lui faire confiance et lui confier leurs problèmes. Pour eux, le « défenseur idéal » est facile d'approche, aimable avec les enfants, à l'écoute, compréhensif et prend sa défense. Par conséquent, il est important pour les jeunes que les défenseurs soient confiants, informés et capables d'aider les jeunes à exprimer leurs préoccupations, à prendre les mesures qui s'imposent ainsi qu'à défendre et à promouvoir leurs droits. La confiance, le respect, la confidentialité et le dynamisme constituent des éléments essentiels d'une relation positive avec le défenseur. Le travail sur le plan émotif que suppose l'aspect de soutien, de confiance et d'ouverture, lesquels sont des éléments fondamentaux à une intervention efficace, signifie que, comme dans certaines relations de bien-être traditionnelles à un plus jeune âge (Pithouse, 1996), il existe un lien étroit entre le fait d'être un défenseur et d'assurer la défense des droits. Ce rôle et cette identité interreliés que les utilisateurs perçoivent clairement pourraient fort probablement mener à un engagement intense entre le défenseur et l'enfant.

## CONCLUSION

Au pays de Galles, les services de défense des droits des enfants sont généralement offerts cas par cas par de petits services bénévoles situés dans chacune des 22 autorités locales qui sont mandatées, en vertu de contrats à court terme, d'offrir un soutien aux enfants, et principalement à ceux pris en charge ou dans le besoin (Crowley et Pithouse, 2008). À la suite de la présente étude, le gouvernement gallois avance désormais vers une stratégie beaucoup plus ambitieuse qui a pour but de transformer profondément le paysage de la défense des droits des jeunes. La nouvelle politique vise à combiner la défense des droits des enfants et la participation

comme éléments principaux des services offerts aux enfants de façon plus générale à l'échelle du pays (Welsh Assembly Government, 2011). Les fournisseurs publics de services aux enfants (éducation, santé et services sociaux) doivent désormais se réunir dans le cadre de consortiums régionaux et demander des services de défense des droits plus inclusifs, mais aussi plus variés à l'appui de tous les enfants et adolescents qu'ils servent. Ainsi, l'équilibre entre les plaintes et la défense des droits pourrait passer d'une orientation étroite axée sur les adultes à un processus de règlement des questions de bien-être plus centré sur l'enfant et dirigé par celui-ci, favorisant l'expression authentique par les enfants et les adolescents de leur voix. L'objectif consiste à créer un système à trois niveaux d'offre de services professionnels de défense des droits dans le pays de Galles, le premier s'occupant de cas complexes de plaintes et de représentations ; un autre niveau de travailleurs en défense des droits chercherait à faire participer les enfants difficiles à joindre et dont les voix sont souvent négligés (p. ex., les enfants ayant une incapacité, les enfants en famille d'accueil, les enfants des régions démunies, les réfugiés) ; un troisième niveau comporterait des professionnels de la santé, de l'éducation et des services sociaux qui, dans le cadre de leur rôle (p. ex., enseignant, infirmière, travailleur de la santé), auraient la tâche de promouvoir la participation des enfants dans les décisions, les services et les politiques. L'objectif principal de cette matrice à trois vecteurs serait de promouvoir le capital civique et social et de développer un système institutionnel d'engagement et de droit auquel peuvent s'attendre les enfants et les adolescents en croissance, à titre de citoyens authentiques dans un État démocratique progressif. Cela reste à voir.

## BIBLIOGRAPHIE

- AIERS, A. et J. KETTLE (1998). *When Things Go Wrong : Young People's Experience of Getting Access to the Complaints Procedure in Residential Care*, Londres, National Institute for Social Work.
- BALL, C. et J. CONNOLLY (2005). « Children need someone to listen », *Community Care*, 6 mai.
- BARFORD, R. et C. WATTAM (1991). « Children's participation in decision-making », *Practice*, vol. 5, n° 2, p. 93-101.
- CARLILE, L.A. (2002). *Too Serious A Thing : Review of Safeguards for Children and Young People Treated and Cared For by the NHS in Wales*, Cardiff, National Assembly for Wales.
- CASHMORE, J. (2002). « Promoting the participation of children in care », *Child Abuse and Neglect*, vol. 26, n° 8, p. 837-847.
- CHILDREN'S COMMISSIONER FOR WALES (2003). *Telling Concerns : Report of the Children's Commissioner for Wales Review of the Operation of Complaints and Representations and Whistleblowing Procedures and Arrangements for the Provision of Children's Advocacy Services*, Swansea, Office of the Children's Commissioner for Wales.
- CHILDREN'S COMMISSIONER FOR WALES (2004). *Clywch Report of the Examination of the Children's Commissioner for Wales into Allegations of Child Sexual Abuse in a School Setting*, Swansea, Office of the Children's Commissioner for Wales.
- CHILDREN'S COMMISSIONER FOR WALES (2005). *Children Don't Complain... The Children's Commissioner for Wales' Review of the Operation of Complaints and Representations and Whistleblowing Procedures, and Arrangements for the Provision of Children's Advocacy Services in Local Education Authorities in Wales*, Swansea, Office of the Children's Commissioner for Wales.
- CLEAVER, H. (1996). *Focus on Teenagers : Research into Practice*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- CROWLEY, A. (2006). *Scoping Paper on Pupil Participation*, document inédit, pour le Welsh Assembly Government.
- CROWLEY, A. et A. PITHOUSE (2007). « National Standards in Advocacy, What do young people say ? », *Child Care in Practice*, vol. 13, n° 1, p. 17-32.
- CROWLEY, A. et A. PITHOUSE (2008). « Complaints and advocacy : Getting behind the rhetoric », dans C. Oliver et J. Dalrymple (dir.), *Developing Advocacy for Children and Young People : Key Issues in Research, Policy and Practice*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, p. 132-149.
- DALRYMPLE, J. (2003). « Professional advocacy as a force for resistance in child welfare », *British Journal of Social Work*, vol. 33, n° 5, p. 1043-1062.
- DALRYMPLE, J. (2004). « Developing the concept of professional advocacy : An examination of the role of child and youth advocates in England and Wales », *Journal of Social Work*, vol. 4, n° 2, p. 181-199.
- DALRYMPLE, J. (2005). « Constructions of child and youth advocacy : Emerging issues in advocacy practice », *Children and Society*, vol. 19, n° 1, p. 3-15.
- DALRYMPLE, J. et J. HOUGH (dir.) (1995). *Having a Voice : An Exploration of Children's Rights and Advocacy*, Birmingham, Venture Press.
- NOON, A. (2000). *Having a Say : The Participation of Children and Young People at Child Protection Meetings and the Role of Advocacy*, Londres, The Children's Society.
- PARRY, O., PITHOUSE, A., BATCHELOR, C. et C. ANGLIM (2006). « Tip of the Iceberg : An insider's view from children's complaints officers in Wales », *British Journal of Social Work*, vol. 38, n° 1, p. 5-19, doi:10.1093, bc/bjsw/1084.

- PITHOUSE, A. (1996). « Managing emotion : Dilemmas in the social work relationship », dans K. Carter et S. Delamont (dir.), *Qualitative Research the Emotional Dimension*, Hampshire, Avebury.
- PITHOUSE, A. et A. CROWLEY (2007). « Adults rule ? Children, advocacy, and complaints to social services », *Children and Society*, vol. 21, n° 3, p. 201-214.
- PITHOUSE, A. et A. CROWLEY (2008). « Children's use of advocacy services in making complaints », dans C. Oliver et J. Dalrymple (dir.), *Developing Advocacy for Children and Young People : Key Issues in Research, Policy and Practice*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, p. 150-168.
- PITHOUSE, A., CROWLEY, A., PARRY, O., PAYNE, H. et J. DALRYMPLE (2005). *A Study of Advocacy Services for Children and Young People in Wales : A Key Messages Report*, Cardiff University School of Social Sciences, Social Inclusion Research Unit at University of Wales NEWI, Department of Child Health Wales College of Medicine.
- PITHOUSE, A. et O. PARRY (2005). « Children's Advocacy in Wales », *Journal of Adoption and Fostering*, vol. 29, n° 4, p. 45-56.
- ROYAUME-UNI. DEPARTMENT OF HEALTH, DEPARTMENT FOR EDUCATION AND EMPLOYMENT et HOME OFFICE (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- TEMPLETON, J. et J. KEMMIS (1998). *How Do Young People and Children Get Their Voices Heard ?*, Londres, Voice for the Child in Care.
- TUDGE, J. et D. HOGAN (2005). « An ecological approach to observation of children's everyday lives », dans S. Greene et D. Hough (dir.), *Researching Children's Experience : Approaches and Methods*, Londres, Sage Publications, p. 102-122.
- UTTING, W. (1997). *People Like Us : The Report of the Review of the Safeguards for Children Living Away from Home*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- WALLIS, L. et N. FROST (1998). *Cause for Complaint : The Complaints Procedure for Young People in Care*, Londres, The Children's Society.
- WATERHOUSE, R. (2000). *Lost in Care : Report of the Tribunal on Inquiry into Abuse of Children in Care in the Former County Council Areas of Gwynedd and Clwydd*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- WELSH ASSEMBLY GOVERNMENT (2003). *Providing Effective Advocacy Services for Children and Young People Making a Representation or Complaint under the Children Act 1989*, Cardiff.
- WELSH ASSEMBLY GOVERNMENT (2005). *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services in Wales*, Cardiff.
- WELSH ASSEMBLY GOVERNMENT (2006). *Guidance for School Governing Bodies on Procedures for Complaints Involving Pupils*, Cardiff.
- WELSH ASSEMBLY GOVERNMENT (2011). *Delivering Advocacy Services for Children and Young People 0-25 in Wales*, Cardiff.

CONCLUSION

# UNE RÉPONSE INTÉGRÉE AUX BESOINS DE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS

## LES DÉFIS DE SON ACTUALISATION

---

**Sophie LÉVEILLÉ, M.A.**

École de service social, Université de Montréal

**Marie-Andrée POIRIER, Ph. D.**

École de service social, Université de Montréal

**Marie-Ève CLÉMENT, Ph. D.**

Département de psychoéducation et de psychologie,  
Université du Québec en Outaouais

Le présent livre visait à présenter des actes du congrès conjoint de l'Association des centres jeunesse du Québec et de la IX<sup>e</sup> conférence internationale Looking After Children tenus à Montréal en octobre 2010. Il regroupe des chapitres qui mettent tous en évidence l'importance, dans le domaine de la protection de la jeunesse, d'opter pour une approche intégrée des services autour des besoins en matière de développement des enfants vulnérables. Avoir aujourd'hui la **jeunesse en tête**, c'est faire en sorte qu'elle soit en tête des priorités de demain, non seulement en veillant à sa sécurité, mais en s'assurant également que tous ses autres **besoins** soient comblés pour qu'elle se développe sainement.

L'adhésion à une approche intégrée, telle que promue tout au long du présent ouvrage, repose principalement sur le cadre référentiel développé par les Britanniques, le Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF) (Royaume-Uni. Department of Health, Department for Education and Employment et Home

Office, 2000), et sur l'utilisation de ses outils dérivés. Ces derniers ont été adoptés dans plus d'une quinzaine de pays et certains chapitres du livre font état de leur appropriation. Plus particulièrement, le recours à certains outils tels que le Cahier d'analyse des besoins de l'enfant (CABE) et le Cahier d'évaluation et de suivi (CÉS) au Québec ; les Assessment and Actions Records (AAR) au Canada anglais et en Suède ; et l'Assessment and Progress Record (APR) en Australie semble en effet rassembleur autour des besoins des enfants. Par exemple, de jeunes Québécois placés en milieu substitut ayant participé à l'approche S'occuper des enfants (SOCEN) témoignent de leur appréciation concernant l'attention des professionnels portée sur leurs compétences et leurs forces (chapitre 3). Selon des intervenants du Québec, l'application du CABE aurait renforcé une communication plus transparente, sans jugement et aurait permis l'échange d'informations délicates (chapitre 7). Dans le même sens, des professionnels australiens indiquent qu'ils ont une plus grande latitude pour faire appel à différents membres de l'équipe de soins, qu'ils savent mieux désigner les personnes responsables de remplir les différentes sections de l'outil et qu'ils manifestent un plus grand enthousiasme lorsqu'ils entreprennent la collecte et la saisie des données avec l'outil nouvellement réadapté (chapitre 6). Par ailleurs, il semblerait que les besoins des enfants les plus rassembleurs ou les plus ciblés soient ceux liés à leur santé et leur éducation, si l'on se fie à ce que des acteurs des services canadiens de protection rapportent (chapitre 8). Certaines initiatives étendent la référence au modèle à divers secteurs. En effet, le gouvernement gallois a élargi l'offre des services en matière de défense des droits des enfants pris en charge par les services d'aide à l'enfance à tous les enfants ayant besoin de services, quels qu'ils soient (éducation, santé et services sociaux) par la mise sur pied de consortiums régionaux des fournisseurs des services d'éducation, de santé et de services sociaux (chapitre 12).

Au-delà des outils dérivés du modèle britannique et de leur adaptation, certains auteurs du présent ouvrage montrent clairement la pertinence de recourir à des instruments de mesure valides afin d'approfondir l'évaluation de certaines sphères du développement de l'enfant et d'orienter la planification des services. Ce sont les cas notamment de la Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED) (chapitre 10) et du Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (chapitre 4), qui sont en fait des instruments de dépistage de problèmes fonctionnels chez l'enfant et qui sont introduits à la pratique de protection de la jeunesse, à des degrés divers, au Québec dans le premier cas et en Ontario (Canada) et à Victoria (Australie) dans le second cas. Pour sa part, le GED est une mesure

d'observation qui permet de détecter la présence de retards dans trois sphères du développement de l'enfant âgé de 0 à 5 ans : cognitif-langagier, moteur et socioaffectif. Le SDQ, quant à lui, est un questionnaire qui estime les problèmes socioaffectifs des enfants âgés de 3 à 16 ans relativement à cinq dimensions : symptômes émotionnels, problèmes de la conduite, inattention/hyperactivité, comportements prosociaux, et problèmes relationnels avec pairs. L'usage du GED et du SDQ revêt un double avantage : non seulement ils sont des outils cliniques visant à orienter les services pour chaque enfant pris en charge en protection de la jeunesse, mais ils sont aussi des outils servant à recueillir des informations de groupe et à suivre l'état développemental de l'ensemble des enfants desservis. Le bien-fondé de produire des suivis de l'état développemental des enfants à partir de données agrégées est en effet soulevé à maintes reprises dans le présent ouvrage (chapitres 4, 6, 9, 10 et 11).

Il n'en demeure pas moins que plusieurs défis doivent être relevés afin que les gestionnaires disposent de données fiables pour les guider dans les orientations objectives et stratégiques de leur établissement. L'exemple, au Québec, de l'emploi des indicateurs de suivis concernant la qualité des services offerts aux usagers dans un centre jeunesse montre bien la nécessité d'utiliser des marqueurs suffisamment étudiés et mis en contexte pour évaluer l'efficacité des interventions, c'est-à-dire qui tiennent compte de la complexité des besoins des usagers, des services offerts et de la nature dynamique des systèmes de protection (chapitre 11). Il faut de plus créer une culture organisationnelle où l'information portant sur l'efficacité des interventions devient l'élément central des orientations cliniques, de l'élaboration de programmes et du cadre global de prise de décision. Il est ainsi souhaitable de mettre en place les conditions organisationnelles favorables à l'adhésion des intervenants aux outils de collecte de renseignements en les faisant participer à toutes les étapes de leur implantation et en s'assurant que les dirigeants soutiennent ce processus de changement (chapitres 2 et 5).

L'appropriation de l'approche promue et des outils qu'elle sous-tend outrepassé celle d'une seule organisation. Par exemple, le manque de concordance entre les besoins définis chez des familles américaines suivies et les services qu'ils reçoivent indique l'incapacité du système de protection de pallier à lui seul les difficultés vécues par les familles qu'il dessert (chapitre 9). Bien que le présent ouvrage limite sa portée au champ précis de la protection de la jeunesse (à l'exception du chapitre 7), l'ensemble de ses constats l'ouvre à d'autres acteurs interpellés, de près ou de loin, par le développement optimal et le bien-être des enfants.

Depuis la rédaction du présent livre, le programme Alliance (Young, 2013), le programme-cadre montréalais en négligence fondé en partie sur l'adaptation québécoise du FACNF, s'implante sur le territoire de Montréal et fait actuellement l'objet d'une évaluation. Il est le fruit de l'expertise concertée de tout un réseau réunissant les partenaires de la santé publique, de la recherche, des instituts universitaires, des hôpitaux et centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres jeunesse et des organismes du milieu montréalais. Dans plusieurs régions du Québec, le Programme d'aide professionnelle, familiale et communautaire (PAPFC<sup>2</sup>; Lacharité, Fafard et Bourassa, 2005) est une autre initiative québécoise regroupant des acteurs de divers secteurs d'intervention autour de la lecture et de l'action communes en faveur des besoins fondamentaux des enfants en offrant des animations de groupes aux parents afin de réinsérer les familles à l'intérieur de la communauté sociale, de les aider à développer un réseau d'aide mutuelle et d'utiliser les ressources communautaires. Ces exemples s'inscrivent dans les principes développés dans cet ouvrage, c'est-à-dire une lecture commune des besoins présentés par les enfants vulnérables et leur famille ainsi qu'une réponse globale et concertée de l'ensemble des réseaux d'aide.

Il a été peu question dans ce livre de l'importance de bien répondre aux besoins des enfants et des familles vivant en contexte de vulnérabilité avant qu'ils n'entrent dans les systèmes de protection de la jeunesse. Plusieurs initiatives québécoises existent en ce sens et peuvent être considérées comme complémentaires à ce qui est présenté dans le présent ouvrage. À titre d'exemple, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE; Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004) s'adressent aux femmes enceintes âgées de moins de 20 ans et aux femmes enceintes de 20 ans ou plus n'ayant pas terminé leur 5<sup>e</sup> secondaire et vivant dans un contexte de pauvreté. Une équipe de différents professionnels du secteur de la petite enfance (0-5 ans) offre de soutenir les parents dans l'aventure de la grossesse et de l'éducation de leur enfant et demeure disponible jusqu'à l'entrée scolaire de l'enfant. Pour sa part, le programme Interventions éducatives précoces (IÉP; Durand et Guay, 2011) s'adresse aux intervenants des services de garde et des organismes communautaires famille offrant un programme éducatif et qui accueillent des enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète. Il s'inscrit en amont de l'offre de services préventifs des CSSS destinée aux enfants de 0 à 5 ans en difficulté. Son objectif ultime est de favoriser le développement optimal des tout-petits du point de vue cognitif et langagier, socioaffectif et psychomoteur, et de faciliter leur entrée à l'école.



Enfin, aucun chapitre du présent ouvrage n'aborde précisément la prévention de la maltraitance, bien que l'approche qu'il préconise s'inscrive en ce sens. Au moment de le mettre sous presse, des communautés québécoises (décideurs, gestionnaires, intervenants et chercheurs de divers secteurs d'intervention) travaillent à adapter, implanter et évaluer le programme Triple P (Positive Parenting Program) (Gagné *et al.*, 2013). D'abord mis en œuvre en Australie et déployé dans plus de 25 pays, Triple P est un programme à données probantes qui favorise l'adoption de pratiques parentales positives en mettant en place un système d'interventions préventives « en gradins », selon des stratégies à caractère universel, sélectif et indiqué. Ainsi, il se décline en cinq niveaux. Plus le niveau d'intervention augmente, plus l'intervention s'intensifie et devient ciblée. Alors que le premier niveau se veut universel, le cinquième est intensif et cible des parents présentant des signes précurseurs de maltraitance envers leurs enfants. Plus particulièrement, Triple P inclut des stratégies médiatiques (niveau 1), éducatives (niveau 2), d'accompagnement (*coaching*) parental (niveau 3), d'entraînement aux habiletés parentales (niveau 4) et d'accompagnement plus intensif des parents qui affichent les plus grands besoins (niveau 5). Ce genre de programme nous apparaît complémentaire aux éléments touchés dans le présent ouvrage en ce sens qu'il soutient une composante essentielle du cadre de référence proposé, à savoir la réponse des parents aux besoins des enfants. En effet, le soutien de la parentalité est essentiel au bien-être des enfants.

Il est important de souligner qu'une dimension essentielle à la promotion du développement des enfants demeure absente, tant dans le présent ouvrage (à l'exception d'une mention au chapitre 9) que dans les travaux internationaux d'actualisation du cadre de référence britannique : intervenir sur les conditions familiales et environnementales dans lesquelles les familles évoluent afin d'améliorer leurs conditions de vie. De nombreux efforts au Québec sont faits en ce sens, mais se limitent au niveau local. Pensons notamment à l'implantation grandissante des centres de pédiatrie sociale en communauté dans des secteurs défavorisés et qui visent à faire respecter les droits des enfants selon l'esprit de la Convention relative aux droits de l'enfant, dont ceux de leur donner accès à un logement décent, à des loisirs, à des repas gratuits et à des soins de santé (Julien et Sioui Trudel, 2009 ; Clément, Denoncourt et Léveillé, 2014). Les plus grands défis qui restent à relever sont non seulement d'accorder une place prépondérante à cette dimension du modèle, mais à soutenir son actualisation sur le plan macroscopique. En effet, différents acteurs du réseau public et communautaire adhèrent aux principes du FACNF, mais son actualisation doit être soutenue sur le plan sociétal. Au Québec,

les lois, les politiques et les structures relatives au bien-être de l'enfant sont encore morcelées. Il y a la Loi sur la santé et les services sociaux, la Loi sur la protection de la jeunesse, la Loi sur l'instruction publique, etc. Leur application et celle des politiques pertinentes relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, du ministère de la Famille, de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, de la Régie du logement, etc. Au Royaume-Uni, l'intégration de l'offre des services aux enfants et à leur famille est soutenue de façon globale sur le plan tant légal que structurel par un cadre légal pivot : la loi sur les enfants (Children Act) (pour un aperçu des dispositifs existants : Léveillé et Chamberland, 2010). Comment le travail qui se fait dans les organisations et les localités du Québec qui épousent les principes d'un modèle qui se veut rassembleur et porteur réussira-t-il à s'ancrer dans les communautés, à faire participer les divers acteurs qui s'y rallient, dont les familles, si les plus hauts paliers d'action n'ont pas une vision et une action intégrées ?

## BIBLIOGRAPHIE

- CLÉMENT, M.-È., DENONCOURT, J. et S. LÉVEILLÉ (2014). « Les centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) : intégration des services, modalités partenariales et enjeux de collaboration pour mieux venir en aide aux familles vulnérables », communication présentée au III<sup>e</sup> colloque conjoint de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal et du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, « Recherches et pratiques novatrices en psychoéducation », Montréal, 1<sup>er</sup> et 2 mai.
- DURAND, D. et D. GUAY (2011). *Cadre de référence du programme « Interventions éducatives précoces » 2010-2015*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 10 p.
- GAGNÉ, M.-H., NORMANDEAU, S., DRAPEAU, S., BRUNSON, L. et C.M. LEE (2013). « Défis liés à la mise en œuvre du système Triple P au Québec », communication présentée à la 3<sup>e</sup> édition des *Grandes rencontres sur la persévérance scolaire*, Montréal, novembre.
- JULIEN, G. et H. SIOUI TRUDEL (2009). *Tous responsables de nos enfants : un appel à l'action*, Montréal, Bayard, 288 p.
- LACHARITÉ, C., FAFARD, G. et L. BOURASSA (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération*, Trois-Rivières, Groupe de recherche et d'intervention en négligence, Université du Québec à Trois-Rivières.
- LÉVEILLÉ, S. et C. CHAMBERLAND (2010). « Toward a general model for child welfare and protection services : A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF) », *Children and Youth Services Review*, vol. 32, n<sup>o</sup> 7, p. 929-944.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, 79 p.
- YOUNG, S. (2013). *Programme-cadre montréalais en négligence – Programme Alliance : un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille*, document adopté à la Table régionale des directeurs du programme – services Jeunes en difficulté le 19 novembre 2012, Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 110 p.



# NOTICES BIOGRAPHIQUES

---

**Cathy ARGUS** est spécialiste de la pratique au sein de l'unité sur les politiques, la recherche et l'innovation à Anglicare Victoria, à Melbourne, dans l'État de Victoria, en Australie. Auparavant, elle a été chef d'équipe des programmes de prise en charge en famille d'accueil à Anglicare Victoria pendant dix ans, intervenante en famille d'accueil, travailleuse en protection de l'enfance et aide juridique pour les jeunes au Department of Human Services. Madame Argus était travailleuse sociale au sein d'une agence pendant l'essai initial des recueils d'évaluation et d'actions du programme Looking After Children en 1996-1997. En 1997, elle a visité des agences du Royaume-Uni pour en apprendre davantage au sujet de ce programme. Elle était membre de l'équipe initiale d'agents de formation du programme Looking After Children pour la région est de l'État. En 2004, elle a fait partie des dix lauréats du prix d'excellence Looking After Children de l'État de Victoria, ce qui lui a permis d'assister à la conférence internationale Looking After Children qui a eu lieu à Ottawa. En 2010, elle a coprésenté l'article portant sur ce projet à la conférence internationale Looking After Children de Montréal.

**Isabelle BEAUMIER** est agente de planification, de programmation et de recherche au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire depuis 2009. Elle a collaboré à différents projets de recherche, notamment en lien avec l'approche S'occuper des enfants (SOCEN) et, plus récemment, à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux. Elle s'intéresse globalement au système de protection de l'enfance et, plus particulièrement, au placement des enfants.

**Véronique BOUCHARD** est détentrice d'une maîtrise en service social de l'Université de Montréal. En 2003, elle se joint à l'équipe du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB) comme assistante de recherche, et collabore à différents projets touchant le transfert des connaissances et les partenariats de recherche-pratique dans le domaine de la protection de l'enfance au Canada. Depuis 2008, elle travaille en tant que professionnelle de recherche pour l'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité), où elle mène de front plusieurs volets de cette recherche auprès des enfants, des parents et des professionnels y ayant participé. Elle contribue également à la formation de professionnels issus de différents secteurs d'intervention sur un cadre d'analyse écosystémique sur les besoins de développement des enfants.

**Michèle CABARET** détient une maîtrise en droit de l'Université de Reims en France et une maîtrise en service social de l'Université de Montréal. Elle a été intervenante dans les services de protection de l'enfance au Québec et est présentement candidate au doctorat en service social de l'Université de Montréal.

**Martin CHABOT** possède une maîtrise en psychologie. Son expertise porte sur la psychométrie, les modèles non paramétriques, multiniveaux et aux variables catégorielles. Il est responsable de la construction et de l'analyse des bases de données de recherche au Centre de recherche sur l'enfance et la famille.

**Claire CHAMBERLAND** est titulaire, depuis 1982, d'un doctorat en psychologie de l'Université du Québec à Montréal et a enseigné de 1980 à 2013 à l'École de service social de l'Université de Montréal. Depuis plus de trente ans, elle a contribué au développement des connaissances dans le domaine de la victimisation des enfants et des familles en difficulté par son enseignement et ses découvertes. Elle a été cofondatrice et directrice de l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire ainsi que membre fondatrice du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. Elle a dirigé, pendant de nombreuses années, le Groupe de recherche sur la victimisation des enfants (GRAVE) et codirigé, de 2000 à 2008, le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB). Elle a été titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la victimisation des enfants entre 2006 et 2013.

**Ruth M. CHAMBERS** est professeure agrégée à l'École de travail social de l'Université d'État de Californie, Long Beach. Ses domaines d'intérêt sont le bien-être des enfants, l'intégration et la prestation des services, la pratique et les politiques. Ses recherches principales portent sur le système de protection de l'enfance, où elle utilise des méthodes mixtes pour examiner la négligence envers les enfants, la pauvreté, les services et les résultats de la famille. Madame Chambers a mené de nombreuses recherches, publié deux livres, plusieurs articles et a prononcé plusieurs conférences nationales et internationales.

**Ruth CHAMPION** est conseillère supérieure en politiques et en programmes au Department of Human Services, direction générale des services de protection de l'enfance, de placement et des services à la famille, division des enfants, des adolescents et des familles, à Melbourne, dans l'État de Victoria, en Australie. Elle est une travailleuse sociale chevronnée qui travaille dans le domaine des politiques publiques depuis de nombreuses années. Depuis 2002, elle est responsable, au sein du Department of Human Services, de l'élaboration de politiques et de programmes relativement à la mise en œuvre du programme Looking After Children dans l'État de Victoria. Elle a présenté des articles portant sur la mise en œuvre du programme Looking After Children dans l'État de Victoria aux conférences internationales Looking After Children qui se sont déroulées à Ottawa en 2004, à Sydney en 2006, à Oxford en 2008 et à Montréal en 2010.

**Marie-Ève CLÉMENT** est professeure au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la violence faite aux enfants. Ses intérêts de recherche portent sur l'évaluation de programmes de prévention et d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité psychosociale. Elle s'intéresse plus particulièrement à l'épidémiologie sociale de la violence à l'endroit des enfants ainsi qu'aux cognitions parentales. Elle a codirigé les trois enquêtes provinciales sur la violence familiale envers les enfants en 1999, 2004 et 2012 avec l'Institut de la statistique du Québec, ainsi que l'enquête sur la polyvictimisation chez les jeunes enfants du Québec en 2010.

**Lorry COUGHLIN** s'implique dans le développement et la mise en œuvre du système d'information pour les centres jeunesse du Québec depuis plus de quinze ans. Il possède une formation variée qui comprend la recherche, la pratique clinique et l'utilisation de la technologie.

**Anne CROWLEY** est consultante en politiques et en recherche et elle est actuellement doctorante à la School of Social Sciences de l'Université Cardiff (pays de Galles, Royaume-Uni). Elle étudie l'effet de la participation des enfants et des adolescents dans la prise de décision publique dans le pays de Galles. De 1999 à 2009, madame Crowley a travaillé comme directrice adjointe (politiques et recherche) auprès de Save the Children, misant sur la création de la National Assembly of Wales en 1999 en tant qu'occasion clé d'élaborer des politiques adaptées au pays de Galles au profit de ses plus jeunes citoyens. Elle a entrepris

des recherches auprès d'enfants et d'adolescents concernant un large éventail d'enjeux, y compris le crime chez les jeunes, les soins publics, les droits des enfants, les services de défense des droits et la pauvreté chez les enfants. Elle est actuellement membre du National Independent Advocacy Board du gouvernement gallois, lequel conseille le gouvernement sur les services de défense des droits des enfants et des adolescents dans le pays de Galles, et elle est membre du comité gallois de l'Equality and Human Rights Commission.

**Ginette D'AURAY** travaille aux Centres jeunesse de l'Outaouais depuis 1995 à titre d'agente de planification, de programmation et de recherche. Elle y coordonne, depuis plus récemment, le projet SOCEN (S'occuper des enfants). Elle a terminé des études de maîtrise en travail social à l'Université du Québec en Outaouais, où elle est aussi chargée de cours depuis 2003. Ses principaux intérêts portent sur la jeunesse, la formation, les outils cliniques et le transfert des apprentissages dans la pratique.

**Béatrice DECALUWE** est actuellement étudiante au doctorat en psychologie à l'Université Laval. Ses intérêts de recherche portent sur le placement, l'adoption et la santé des mères. Elle travaille en collaboration avec le Centre d'expertise sur la maltraitance du Centre Jeunesse de Montréal – Institut universitaire et termine sa thèse, qui porte sur l'adoption coutumière dans les communautés inuites du Nord du Québec.

**Madeleine DIONNE** possède un baccalauréat en service social de l'Université Laval et est candidate à la maîtrise en administration publique de l'École nationale d'administration publique. Elle a travaillé au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire pendant plus de 25 ans. Elle a occupé différentes fonctions dont celles d'intervenante au Service application des mesures ainsi qu'au Service évaluation-orientation, réviseure à la direction de la protection de la jeunesse, puis conseillère à la qualité des services à la direction des services professionnels et des ressources humaines depuis six ans. Elle coordonne maintenant l'implantation de l'approche SOCEN à l'échelle du Québec.

**Sarah DUFOUR** est professeure agrégée à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal et chercheuse régulière externe au Centre de recherche du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Elle s'intéresse aux mauvais traitements envers les enfants, à l'intervention auprès des pères vulnérables et à l'évaluation de programmes psychosociaux. Ses travaux de recherche actuels portent sur les signalements et la réponse aux besoins de protection des enfants de communautés culturelles. Elle est aussi engagée dans l'évaluation de diverses innovations sociales dont l'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité), une innovation qui favorise la collaboration entre partenaires afin de mieux répondre aux besoins d'enfants vulnérables, ainsi que dans le développement et l'évaluation d'un programme qui vise à promouvoir les mécanismes d'adaptation des enfants de 8 à 11 ans (S'équiper pour la vie).



**Gilles DUPUIS** est professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) depuis 1989. Il a été chercheur à l'Institut de cardiologie de Montréal et directeur scientifique du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). Il est maintenant président-directeur général de ce centre. Il est coauteur de l'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT®), instrument qui permet de poser un diagnostic organisationnel menant à un meilleur contrôle des risques psychosociaux au travail. À l'UQAM, il enseigne les statistiques et est aussi professeur de yoga. Il donne un séminaire au troisième cycle portant sur le yoga et ses applications dans le domaine de la santé physique et psychologique.

**Anne DURET** détient une maîtrise en criminologie et un baccalauréat en sciences sociales de l'Université d'Ottawa. Depuis 2013, elle est directrice générale du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent. Elle a travaillé à l'Association des centres jeunesse du Québec à titre de directrice-conseil à la direction des services professionnels et de la qualité des services de 2010 à 2013. Elle avait auparavant travaillé au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire en tant que gestionnaire, et avait commencé sa carrière comme éducatrice auprès des adolescents à Cité-des-Prairies. Elle possède donc une connaissance approfondie du réseau des centres jeunesse et des services aux jeunes depuis près de 25 ans.

**Tonino ESPOSITO** est professeur adjoint à l'École de service social de l'Université de Montréal depuis 2014. Il a été le coordonnateur de recherche au Centre de recherche sur l'enfance et la famille de l'Université McGill. Sa thèse de doctorat a porté sur le bien-être des enfants placés en famille d'accueil et visait plus particulièrement à comprendre leurs parcours de placement et les facteurs qui peuvent améliorer leurs expériences de retour au sein de leur famille d'origine, ou, le cas échéant, la stabilité de leur placement à long terme.

**Guylaine FAFARD** est détentrice d'un baccalauréat en psychoéducation et d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en gestion et développement des organisations. Elle a travaillé durant près de seize ans auprès de familles vivant en contexte de grande vulnérabilité, en tant qu'intervenante en Centre de la protection de la jeunesse. Elle a participé à l'élaboration et au soutien à l'implantation de la deuxième génération du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC<sup>2</sup>) en tant que professionnelle de recherche. Depuis, elle est consultante et formatrice pour l'Université du Québec à Trois-Rivières et pour l'Université de Montréal auprès des établissements de services sociaux de première ligne, de centres de protection de la jeunesse et d'organismes communautaires famille. Elle s'intéresse à la maltraitance ; à la périnatalité et aux troubles concomitants en dépendances ; aux conditions et aux facteurs susceptibles d'améliorer la collaboration entre les familles vulnérables et les établissements et organismes du réseau ; au partenariat intra- et interétablissements ; ainsi qu'au soutien à offrir aux professionnels travaillant auprès des familles à haut risque de négligence et de maltraitance.

**Robert J. FLYNN** est professeur émérite à l'École de psychologie et chercheur principal au Centre de recherche sur les services éducatifs et communautaires à l'Université d'Ottawa. Pendant les quatorze dernières années, il a été le chercheur principal du projet Looking After Children en Ontario (OnLAC), en partenariat avec l'Association ontarienne des Sociétés d'aide à l'enfance et 41 sociétés d'aide à l'enfance dans la province. L'équipe OnLAC surveille chaque année les besoins en services et les résultats de développement de plus de 7 000 enfants, adolescents et jeunes adultes placés à l'extérieur de la maison dans cette province. À l'heure actuelle, lui et un étudiant au doctorat mènent trois essais randomisés sur l'efficacité de la formation de mémoire de travail et tutorat pour améliorer les capacités de lecture et en mathématiques et sur les résultats scolaires des enfants pris en charge en âge de fréquenter l'école primaire. De plus, en collaboration avec un autre étudiant de troisième cycle, il réalise une étude pilote longitudinale sur les transitions faites par les jeunes ontariens recevant des soins qui obtiennent leur diplôme d'études secondaires ou poursuivent vers l'éducation postsecondaire, y compris l'université, un collège ou un stage d'apprentissage.

**Chloé GAUMONT** a terminé une maîtrise en psychoéducation – profil recherche et intervention à l'Université de Sherbrooke. Avant de se joindre à l'Association des centres jeunesse du Québec en tant qu'agente de recherche, elle a travaillé sept ans en centre jeunesse, d'abord en tant qu'intervenante et ensuite comme conseillère à l'évaluation des programmes. Elle a collaboré activement à plusieurs projets de recherche et d'évaluation en santé mentale et en délinquance ou les a menés à terme, et elle s'implique actuellement dans le projet Gestion fondée sur les indicateurs de suivi clinique, coordonné par le Centre de recherche sur l'enfance et la famille de l'Université McGill.

**Evelyn KHOO** est professeure agrégée au Département de travail social de l'Université d'Umeå, en Suède. Elle a antérieurement été membre de la Faculté de travail social de l'Université Lakehead. Ses recherches ont porté sur un champ plus large du bien-être des enfants : la comparaison à l'intérieur du pays de la manière dont les travailleurs sociaux interviennent auprès des enfants et de leur famille. Elle a fourni une assistance de recherche aux collectivités locales et nationales dans l'implantation de nouveaux cadres de protection de la jeunesse. Actuellement, elle est engagée dans deux enquêtes, l'une sur le problème de l'instabilité du placement en famille d'accueil et l'autre sur les interventions auprès des familles ayant des besoins particuliers dans huit pays à travers l'Europe et l'Amérique.

**Carl LACHARITÉ** est psychologue et professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il dirige le Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille. Il est aussi professeur associé à l'Université fédérale du Rio Grande au Brésil. Tout au long de sa carrière, il a œuvré à développer des manières respectueuses et éthiques de travailler avec des familles en grande détresse, et ce, à partir de divers contextes

institutionnels (protection de l'enfance, prévention psychosociale, action communautaire, etc.). Il est conférencier dans plusieurs pays tels que la France, le Brésil, l'Italie, le Vietnam. Ses travaux ont été publiés dans plusieurs revues internationales et servent actuellement de fondements au développement de services intégrés face à la négligence envers les enfants au Québec, en Europe et au Brésil. Il est aussi étroitement engagé dans le développement d'innovations sociales visant à valoriser la place des pères dans les services auprès des enfants et des familles. Il a notamment publié en 2009 (avec son collègue Jean-Pierre Gagnier) le livre de référence en intervention familiale *Comprendre les familles pour mieux intervenir*.

**Isabelle LAFONTAINE** est étudiante à la maîtrise à l'École de service social de l'Université de Montréal et membre du Laboratoire de recherche interdisciplinaire sur les droits de l'enfant. Elle est auxiliaire de recherche à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec en Outaouais, intervenante sociale à l'Association des familles monoparentales et recomposées de l'Outaouais ainsi que professeure à la Cité collégiale (Ottawa), aux programmes de techniques de travail social et d'éducation spécialisée. Les intérêts de recherche et d'enseignement de madame Lafontaine portent sur le service social auprès des familles et des enfants.

**Renée LATULIPPE** est détentrice d'une maîtrise de recherche en sciences de l'éducation et spécialisée en développement de l'enfant de l'Université de Sherbrooke. Elle est professionnelle scientifique à la Direction des communications et du transfert de connaissances de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) depuis décembre 2012. Elle collabore, entre autres, au développement, à la mise à jour et à l'opérationnalisation des cadres de références en mobilisation et transfert de connaissances ainsi qu'à la consultation des parties prenantes, principalement les citoyens, les usagers et les patients.

**Claude LAURENDEAU** a commencé à travailler dans le domaine des jeunes en difficulté, protection et réadaptation en 1974 et notamment en tant que directrice des services professionnels aux Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw pendant plusieurs années, où elle a été responsable du développement des programmes et protocoles cliniques et de la recherche. Elle est maintenant retraitée.

**Huguette LEBEL** possède un baccalauréat en service social de l'Université de Sherbrooke. Elle a travaillé en centre jeunesse pendant presque 35 ans. Elle a occupé différentes fonctions dont celles d'intervenante et de responsable au service ressources, d'intervenante à l'application des mesures, puis de réviseure à la Direction de la protection de la jeunesse depuis treize ans. Elle a coordonné l'implantation de l'approche SOCEN (S'occuper des enfants) entre 2004 et 2008, et a joint l'équipe de l'Université du Québec à Rimouski à titre de superviseure de stage. Elle est maintenant retraitée.

**Louise LEMAY** est professeure titulaire à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke. Elle possède une longue expérience en intervention, gestion, consultation, formation et recherche-action dans le champ de l'intervention jeunesse. Elle a développé une expertise clinique et de recherche en matière d'action en partenariat et de démarches de plans de services individualisés et intersectoriels concernant les enfants en besoins multiples. Ses travaux portent principalement sur l'analyse des pratiques professionnelles privilégiant une approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (*empowerment*), la question du pouvoir dans les relations parents-intervenants, les pratiques de médiation partenariale dans des situations complexes de coordination des services. Elle est membre régulière du Centre affilié universitaire du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, coresponsable de l'axe de recherche en émergence « Le développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté » et responsable du sous-axe « Partenariats, pratiques et services intégrés ».

**Danielle LESSARD** est professionnelle de recherche à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle coordonne les activités d'implantation et d'évaluation du projet initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) depuis 2004. Elle a participé au développement d'outils cliniques. Elle forme et soutient les milieux de pratique qui implantent cette innovation sociale.

**Sophie LÉVEILLÉ** détient une maîtrise en psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Elle travaille à l'École de service social de l'Université de Montréal depuis 1994 à titre de professionnelle de recherche dans le domaine du développement des enfants et des mauvais traitements qui leur sont infligés. Elle y a coordonné de nombreuses recherches et équipes (dont le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants [CEPB] et le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants [GRAVE]). Durant ce parcours, elle s'est beaucoup penchée sur l'étude du modèle britannique des services d'aide aux enfants vulnérables et à leur famille.

**Robyn A. MARQUIS** a terminé son doctorat en psychologie clinique de l'Université d'Ottawa en 2013. Au cours de sa carrière universitaire, elle s'est également impliquée dans plusieurs projets de recherche axés sur le bien-être des enfants placés et leur expérience de placement. Elle travaille actuellement comme psychologue en pratique supervisée, à Ottawa, dans deux cliniques de pratique privée, et continue de travailler avec les enfants et les familles.

**Annie-Claude MATHIEU** est détentrice d'une maîtrise en service social. Elle a travaillé pendant près de trois ans au sein du Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE). Depuis 2012, elle est travailleuse sociale en pédopsychiatrie. Ce domaine lui permet de se consacrer à deux de ses principaux champs d'intérêt que sont la santé mentale et le travail auprès des familles.

**Jacques MOREAU** est professeur-chercheur à l'École de service social de l'Université de Montréal et chercheur associé au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Il mène des recherches en intervention auprès des familles en difficulté, en situation de maltraitance, et plus particulièrement celles avec de jeunes enfants (0-5 ans) dans un esprit d'intervention précoce. Il est coconcepteur de la Grille d'évaluation du développement (GED) utilisé au Québec dans les centres jeunesse et le réseau de la santé et maintenant en Europe francophone pour la détection des retards de développement par les intervenants psychosociaux de première ligne.

**Andrew PITHOUSE** est directeur de la recherche et directeur adjoint à la School of Social Sciences (Royaume-Uni). Il est aussi membre du Childhood Research Group à l'Université de Cardiff. Il a agi à titre d'enquêteur principal dans le cadre de plusieurs projets sur la protection des enfants et le soutien parental/familial, lesquels ont contribué à promouvoir l'élaboration de concepts, l'innovation en matière de pratiques et le développement de systèmes dans les secteurs bénévoles et réglementaires des services à l'enfance et à la famille. Ses autres intérêts sur le plan de la méthode et de la théorie comprennent les services bénévoles et le développement communautaire, la défense des droits des enfants et des adolescents, les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents, la sociologie des organismes d'aide sociale et la recherche-action. Il a publié des articles dans le domaine de l'évaluation des services aux familles, de la défense des droits, des centres de familles, de la sociologie du travail social et de la participation de l'utilisateur.

**Stéphanie PLOURDE** est psychologue clinicienne depuis près de quinze ans. Elle a agi à titre d'agente de recherche dans le cadre de la première phase de l'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité), de 2008 à 2012. Elle travaille présentement en pratique privée auprès d'enfants, adolescents, adultes et familles. De plus, elle travaille en milieu scolaire auprès d'une clientèle adulte en formation générale ou ayant des besoins particuliers, au Centre d'éducation des adultes du Chemin-du-Roy.

**Marie-Andrée POIRIER** est professeure agrégée à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle est titulaire d'un doctorat en service social de l'Université Laval. Elle a assumé la direction du Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE) de 2010 à 2013. Ses enseignements et ses recherches portent sur la protection de la jeunesse et l'intervention auprès des familles et des jeunes. Elle est la directrice scientifique d'un groupe de recherche sur le placement et l'adoption des enfants et des jeunes. Elle a été la chercheuse principale de l'évaluation de l'approche Looking After Children au Québec (S'occuper des enfants [SOCEN]).

**Ginette SARRAZIN** possède une maîtrise en andragogie et un baccalauréat en psychoéducation. Elle a d'abord travaillé comme intervenante, consultante et gestionnaire dans le milieu de l'intervention de l'enfance et de la jeunesse en difficulté pendant plus de vingt ans. Elle a ensuite travaillé à titre de directrice et pionnière du Programme national de formation à l'Association des centres jeunesse du Québec pendant près de dix ans, puis de coordonnatrice provinciale de l'implantation de l'approche S'occuper des enfants (SOCEN) pendant trois ans. Depuis septembre 2012, elle travaille à titre de coordonnatrice du Réseau universitaire intégré jeunesse.

**Marie-Claude SIMARD** est détentrice d'un doctorat en service social de l'Université de Montréal. Elle a été cochercheuse de l'évaluation de l'approche Looking After Children au Québec (S'occuper des enfants [SOCEN]). Elle travaille à titre de chercheuse au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire depuis 2008.

**Amélie TREMBLAY-RENAUD** est titulaire d'une maîtrise en service social de l'Université de Montréal. Elle a travaillé de 2003 à 2006 au Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB). Elle a aussi travaillé pour le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants et Alliances de recherche en développement des enfants dans leur communauté (GRAVE-ARDEC). Elle a agi en tant qu'agente de recherche, coordonnatrice d'une recherche sur les dynamiques de violence conjugale et familiale. Elle a ensuite coordonné le GRAVE-ARDEC de 2008 à 2009. Dans le cadre de sa maîtrise, elle s'est intéressée aux services intégrés jeunesse et à l'actualisation des plans de services intégrés. Elle est présentement agente de relations humaines aux services à l'enfance au sein du Centre jeunesse de la Montérégie.

**Nico TROCMÉ** est professeur de l'École de service social de l'Université McGill et en est le directeur depuis 2014. Il a dirigé les Études canadiennes sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (1993, 1998, 2003 et 2008), est le chercheur principal pour la Matrice d'indicateurs des résultats en protection de l'enfance, et coordonne le Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance. Il dirige présentement l'analyse de la surreprésentation des enfants des Premières Nations en milieu substitut, l'évaluation d'un programme de soutien pour des familles afro-canadiennes, et le développement d'indicateurs cliniques pour les centres jeunesse du Québec.

**Sarah WISE** est directrice générale des politiques, de la recherche et de l'innovation à Anglicare Victoria, à Melbourne, dans l'État de Victoria, en Australie. D<sup>re</sup> Wise a une formation de base en psychologie génétique, et elle possède une vaste expérience en matière de recherche en politique sociale dans les domaines des liens entre les parents et les enfants, de la garde d'enfants et de la famille, des contextes communautaires et des services liés aux enfants vulnérables et défavorisés. D<sup>re</sup> Wise est particulièrement active dans le domaine de la recherche sur les résultats des enfants pris en charge en milieu substitut.









L'approche Looking After Children a été développée en Angleterre au début des années 1990 dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins offerts aux enfants confiés à des familles d'accueil ou à des ressources résidentielles. Elle repose sur un cadre conceptuel du développement et du bien-être de l'enfant (Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families) développé par les Britanniques, qui a été transposé aux enfants ayant besoin de protection mais demeurant dans leur famille d'origine, puis intégré aux services d'aide à l'enfance pour tous les enfants ayant besoin de services.

Au Québec, mais aussi au Canada, en Suède et en Australie, de nombreux acteurs du milieu de l'intervention et de la recherche réalisent des travaux autour de ce cadre conceptuel afin de le traduire, de l'adapter et de le faire vivre dans des projets concrets d'action, telles l'approche S'occuper des enfants ou l'initiative Action intersectorielle pour le développement des enfants et de leur sécurité.

Cet ouvrage réunit des textes présentant des expériences en lien avec le cadre de référence britannique, l'adaptation de l'approche ou des outils développés auprès des enfants placés ou exposés à de multiples facteurs de risque, ou encore mettant en lumière des concepts qui sous-tendent ce cadre de référence.

Il révèle les principaux enjeux de la mise en place d'une approche de la protection de la jeunesse qui remet au centre de ses préoccupations l'ensemble des besoins de développement des enfants, le soutien des figures parentales et le développement d'une offre de services qui intègre tous les acteurs de la communauté, parce que protéger les enfants est nécessaire, mais insuffisant!

**Marie-Andrée Poirier** est professeure agrégée à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle a dirigé le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE) de 2010 à 2013. Elle dirige actuellement une équipe sur le placement et l'adoption des enfants. Elle a été la chercheuse principale de l'évaluation de l'approche Looking After Children (S'occuper des enfants) au Québec.

**Sophie Léveillé** est titulaire d'une maîtrise en psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Elle travaille à l'École de service social de l'Université de Montréal depuis 1994 à titre de professionnelle de recherche dans le domaine du développement des enfants et des mauvais traitements qui leur sont infligés.

**Marie-Ève Clément** est professeure au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la violence faite aux enfants.

### Avec la collaboration de

Cathy Argus • Isabelle Beaumier • Véronique Bouchard  
Michèle Cabaret • Martin Chabot • Claire Chamberland  
Ruth M. Chambers • Ruth Champion • Marie-Ève Clément  
Lorry Coughlin • Anne Crowley • Ginette D'Auray  
Béatrice Decaluwe • Madeleine Dionne • Sarah Dufour  
Gilles Dupuis • Anne Duret • Tonino Esposito  
Guylaine Fafard • Robert J. Flynn • Chloé Gaumont  
Evelyn Khoo • Carl Lacharité • Isabelle Lafontaine  
Renée Latulippe • Claude Laurendeau • Huguette Lebel  
Louise Lemay • Danielle Lessard • Sophie Léveillé  
Robyn A. Marquis • Annie-Claude Mathieu  
Jacques Moreau • Andrew Pithouse • Stéphanie Plourde  
Marie-Andrée Poirier • Ginette Sarrazin  
Marie-Claude Simard • Amélie Tremblay-Renaud  
Nico Trocmé • Sarah Wise