

Inventaire des outils cliniques en négligence

Synthèse du rapport final

Geneviève Turcotte
Chantal Pilote

avec la collaboration de
Doris Châteauneuf
Geneviève Lamonde
Suzanne Young

Septembre 2012

Préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Inventaire des outils cliniques en négligence



Synthèse du rapport final

Préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Septembre 2012

GROUPE DE TRAVAIL

Chargées de projet et responsables de la rédaction du rapport

GENEVIÈVE TURCOTTE, chercheure, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

CHANTAL PILOTE, chercheure, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

DORIS CHÂTEAUNEUF, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

GENEVIÈVE LAMONDE, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

SUZANNE YOUNG, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Membres du comité stratégique

SYLVIE CONSTANTINEAU, directrice des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

SYLVIE NADEAU, directrice du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

SYLVIE NORMANDEAU, directrice scientifique, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF

GINO BEAUDOIN, directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation, Centre de santé et services sociaux Matapédia

LUCETTE BEAUMONT, adjointe à la directrice du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

LOUISE BOURASSA, directrice des services professionnels, Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

CLAIRE-MARIE DIONNE, psychoéducatrice et coordonnatrice professionnelle, Service Famille-Enfance-Jeunesse et Santé publique 0-5 ans, Centre de santé et services sociaux St-Léonard-St-Michel

SUSAN GALLO, cadre à l'élaboration des programmes cliniques, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

CARL LACHARITÉ, professeur, Université du Québec à Trois-Rivières

ODETTE OUELLET, chargée de projet, Centre de santé et services sociaux Estrie

MARYSE PESANT, psychologue, chef d'équipe santé mentale 2^e niveau, Centre jeunesse de la Montérégie

NANCY ROBERGE, agente de planification, de programmation et de recherche, direction de la qualité des services, Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec

GEORGES, M. TARABULSY, professeur, Université Laval

LISTE DES EXPERTS CONSULTÉS

JEAN BOUDREAU, consultant, Association des centres jeunesse du Québec

MICHÈLE BROUSSEAU, (retraîtée), Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

SUZANNE DESSUREAULT, adjointe à la directrice de la protection de la jeunesse, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

DANIEL DUFAULT, pilote de projet, SOGIQUE

DANIELLE LESSARD, coordonnatrice de recherche, projet AIDES, Université de Montréal

SYLVIE MOISAN, professeur, Université Laval

NICO TROCMÉ, professeur, Université McGill

MISE EN PAGE

CLAIRE CARON, agente administrative, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal : 3^e trimestre 2012

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89218-255-2

© Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (2012)

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2012)

Table des matières

Mandat.....	1
1. Besoins en matière d’outils cliniques	1
1.1. Méthodologie.....	1
1.2. Résultats.....	2
2. Inventaire des outils cliniques en négligence	2
2.1. Constats préalables.....	2
2.1.1. Notion d’outils cliniques.....	3
2.1.2. Enjeux liés au choix d’outils cliniques en négligence	3
2.2. Méthodologie de la recension des outils.....	5
2.3. Résultats.....	5
3. Analyse critique des outils et recommandations.....	6
3.1. Outils axés sur la négligence	7
3.2. Outils multifactoriels.....	8
3.3. Outils d’évaluation des conduites parentales.....	9
3.4. Outils d’évaluation de l’environnement social et familial de l’enfant.....	9
3.5. Outils d’évaluation du développement et des comportements de l’enfant	10
4. Défis de l’implantation d’outils cliniques en négligence	11
Conclusion.....	12
Références.....	13
Annexe	17

Mandat

Le mandat confié au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) et au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU), dans le cadre des activités du Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ), visait à « dresser un inventaire des outils cliniques disponibles pour évaluer la négligence et à en faire une analyse de pertinence, et ce, dans la perspective de rejoindre l'intérêt des centres de santé et des services sociaux (CSSS) et des centres jeunesse (CJ) ». Plus spécifiquement, le mandat consistait à :

- Circonscrire les besoins des intervenants des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques dans le cadre de l'intervention en négligence;
- Dresser un inventaire des outils cliniques en négligence, au Québec ou ailleurs, répondant aux besoins déterminés préalablement, notamment à partir d'une revue de littérature sur le sujet;
- Élaborer une grille d'analyse de la pertinence des outils cliniques retenus;
- Procéder à une analyse de la pertinence des outils cliniques retenus;
- Énoncer des recommandations au MSSS.

Ce rapport a pour but d'offrir une réponse, la plus exhaustive possible, à chacune des questions posées par ce mandat.

1. Besoins en matière d'outils cliniques

1.1. Méthodologie

Deux stratégies ont été utilisées pour évaluer les besoins des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques en négligence. La première stratégie consistait en une consultation formelle d'informateurs clés dans chacun des établissements visés par l'étude. La consultation a été réalisée entre le 15 février et le 18 mars 2011 à partir d'un outil informatisé, construit aux fins de cette étude : la *Grille de consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence*. Cette grille a été élaborée en fonction des objectifs inscrits dans le mandat confié aux chercheurs : 1) cerner les besoins des intervenants des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques dans le cadre de la pratique en négligence et 2) répertorier les outils actuellement utilisés par ces intervenants pour dépister ou évaluer la négligence. Au total, 60 répondants sur une possibilité de 111 (54 %) ont complété la grille de consultation. La seconde stratégie reposait sur la mise en place d'un comité consultatif, composé d'experts (chercheurs universitaires, gestionnaires et intervenants des CJ et des CSSS), destiné à suivre et valider la démarche des chercheurs. Ce comité s'est réuni à deux reprises au cours de l'année 2011 et certains de ses membres ont été consultés individuellement au besoin.

1.2. Résultats

Un premier constat se dégage de l'analyse des besoins des milieux. Les données font ressortir un besoin important d'outils cliniques dans les CSSS. Près de 60 % des informateurs clés des établissements qui ont participé à la consultation rapportent que le personnel clinique de leur service n'utilise aucun outil de dépistage ou d'évaluation de la négligence dans sa pratique quotidienne. Quant à ceux qui utilisent déjà un outil dans leur travail auprès des familles vulnérables, ils estiment en général que celui-ci ne répond pas à leurs besoins. La méconnaissance des outils disponibles et les problèmes d'accessibilité à ces outils sont perçus comme une des contraintes importantes à la mise en place de processus d'évaluation psychosociale en CSSS. Du côté des CJ, les consultations auprès d'informateurs clés indiquent que les intervenants ont déjà accès à des outils dans leur pratique. Cependant, tout indique que ceux-ci ne comblent pas tous leurs besoins.

En ce qui concerne le type d'outils recherchés, les consultations réalisées à différents niveaux révèlent que les CSSS recherchent surtout un outil qui leur permettra d'identifier précocement les situations de négligence ou qui leur fournira des indicateurs pour soutenir la décision de signaler. Les résultats de l'enquête par informateurs clés font par ailleurs ressortir le besoin d'outils qui discriminent les différents types de négligence et qui mesurent le niveau de sévérité de la négligence. Certains identifient le besoin d'une grille conviviale qui faciliterait une première lecture de la problématique à l'Accueil-Évaluation-Orientation, ce qui offrirait la possibilité d'orienter le dossier dans le bon service. Enfin, on précise que l'outil recherché doit pouvoir être utilisé par différents types de professionnels. Dans les CJ, le besoin qui ressort le plus clairement des consultations est celui d'un outil de mesure de la sévérité et de la chronicité de la négligence. On évoque également l'importance de disposer d'outils facilitant l'évaluation des capacités parentales et tenant compte des forces des parents.

Certains des besoins exprimés sont communs aux deux organisations. Pour les informateurs des CSSS comme pour ceux des CJ, le critère principal à prioriser dans le choix d'un outil d'évaluation de la négligence reste la convivialité. On recherche un outil court et facile à utiliser. Plusieurs souhaiteraient par ailleurs se doter d'un outil de soutien à l'évaluation des besoins des enfants et de leurs parents, permettant d'objectiver la négligence et d'établir un langage commun, qui viendrait soutenir l'intervention et serait susceptible de s'inscrire dans une démarche interactive entre la famille et l'intervenant. On souligne également l'importance de disposer d'outils qui favoriseraient une procédure d'évaluation globale. On estime que le choix des outils doit refléter le caractère multifactoriel de l'étiologie du phénomène et s'inscrire dans une approche écosystémique et développementale de la négligence.

2. Inventaire des outils cliniques en négligence

2.1. Constats préalables

En amorçant les travaux visant à répondre au mandat décrit au point précédent, le groupe de travail s'est interrogé sur certains préalables au choix d'outils en négligence qui l'ont

conduit à préciser des éléments du mandat. Ces préalables touchent la signification que l'on doit donner à la notion d'outils cliniques et certains enjeux liés au choix d'outils cliniques en négligence.

2.1.1. Notion d'outils cliniques

La première question qui s'est posée au groupe de travail est celle de la signification conférée à la notion d'outils cliniques qui, au premier abord, apparaissait très large et relativement abstraite. L'équipe a retenu la définition suivante adoptée dans le Guide des outils cliniques en centre jeunesse (ACJQ, 2009) : « Un outil clinique est un instrument validé qui peut contribuer à soutenir l'analyse rigoureuse d'une problématique, à établir des cibles pertinentes d'action, à favoriser une meilleure intervention ou à en mesurer les effets. » Comme cette définition le sous-tend, il existe plusieurs types d'outils cliniques. Compte tenu des délais dont disposait le groupe de travail pour réaliser ce mandat, la première décision fut de restreindre l'inventaire des outils cliniques aux trois catégories suivantes : les outils de dépistage, les outils de soutien à l'évaluation et le système expert.

2.1.2. Enjeux liés au choix d'outils cliniques en négligence

Cinq constats issus de la littérature scientifique et clinique ainsi que de la prise en considération des besoins des milieux ont orienté les travaux du groupe de travail.

- Un regard sur la littérature scientifique et clinique en matière d'évaluation des situations de négligence montre que, en dépit de la forte prévalence du phénomène de la négligence et de ses effets délétères durables sur le bien-être et le développement des enfants, il existe peu d'outils cliniques comportant assez de qualités conceptuelles et métrologiques pour pouvoir dépister et évaluer adéquatement la négligence. Cela tient en grande partie à la complexité de la problématique, la négligence étant un phénomène hétérogène quant aux comportements, expériences, situations et conséquences qui la caractérisent. Une grande partie du problème réside dans l'absence de consensus sur la définition de la notion de négligence.
- Un des enjeux entourant le choix d'un outil clinique en négligence est celui de la cible de la mesure de la négligence : « Doit-on partir des caractéristiques des parents, des besoins des enfants, du contexte social ou des trois? » En cohérence avec le modèle écosystémique auquel se rallient les milieux de pratique et les experts consultés, il appert que le choix des outils cliniques en négligence doit refléter le caractère multifactoriel de l'étiologie du phénomène et donc tenir compte des divers domaines d'influence sur les situations de négligence et les mécanismes qui les engendrent (caractéristiques des parents, des enfants, de la relation parents-enfants et de leur environnement proximal et distal).

- Un autre objet de débat dans la littérature sur la mesure de la négligence réside dans la question suivante : « Doit-on proposer une mesure globale de la négligence ou tenir compte des types de négligence? » Il est désormais acquis que la négligence peut prendre des formes diverses impliquant une étiologie, des expériences et des conséquences différentes et exigeant en ce sens des modes d'intervention particuliers. La mesure de la négligence doit donc tenir compte du fait que cette problématique est une réalité multidimensionnelle. Les consultations auprès des milieux de pratique font également ressortir le besoin d'outils qui tiennent compte des diverses dimensions de la négligence.
- Un grand nombre de chercheurs et d'études ont mis en évidence l'importance d'inscrire la définition et la mesure de la négligence dans un continuum de gravité ou de sévérité. Ils estiment généralement qu'une distinction doit être faite entre la négligence transitoire ou circonstancielle et la négligence chronique. Les consultations auprès des milieux de pratique confirment le besoin d'outils qui tiennent compte de la sévérité et de la chronicité de la négligence.
- Généralement, on reconnaît que pour qu'il y ait négligence, l'absence de réponses aux besoins de l'enfant doit entraîner la présence ou un risque significatif de conséquences négatives pour le bien-être et le développement de cet enfant. La négligence étant définie comme une omission, elle est souvent repérée de manière indirecte, c'est-à-dire par l'observation de ses conséquences sur les enfants.

En définitive, les conclusions des rares études disponibles sur les enjeux entourant l'évaluation des situations de négligence ainsi que les consultations auprès des milieux de pratique suggèrent que le choix d'outils d'évaluation de la négligence doit tenir compte des facteurs suivants : 1) les différentes formes de négligence; 2) la chronicité et la gravité de ses manifestations; 3) l'âge et le stade de développement des enfants; 4) les conséquences potentielles sur le développement de l'enfant; et 5) les divers domaines d'influence sur la problématique.

Ces constats ont des impacts sur la façon dont le groupe de travail a orienté ses travaux. Une conclusion s'imposait : « aucun outil ne peut à lui seul se conformer à toutes ces exigences ». Le groupe de travail a pris la décision de ne pas limiter la recension des écrits aux outils spécifiquement axés sur la négligence. La recension est donc centrée sur l'ensemble des outils cliniques susceptibles d'être pertinents pour la pratique en négligence. L'objectif du rapport est de proposer un ensemble d'outils pour mesurer toutes les facettes de la réalité de l'enfant négligé, tenant compte notamment des principaux domaines d'influence de la négligence et des conséquences sur l'enfant, et susceptibles d'être utilisés en complémentarité.

2.2. Méthodologie de la recension des outils

Le repérage des principaux outils cliniques utilisés en négligence s'est fait selon deux modalités : 1) une recension classique des écrits scientifiques et cliniques publiés sur la question; et 2) la consultation d'informateurs clés sur les outils déjà utilisés dans les CSSS et les CJ.

La recension des écrits a été réalisée à la suite d'une consultation des bases de données bibliographiques usuelles : Social Work Abstract (SWAB), PsycInfo, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Family and Society Studies Worldwide, Current Content et Repères. Le repérage des documents a été réalisé à l'aide des descripteurs suivants : « neglect*, child*, évaluat*, screen*, tool*, assessment*, test*, scale* et measure* ». La recension a porté sur les articles et monographies publiés en français et en anglais, à partir de 2000, dans un contexte géopolitique nord-américain, européen, australien et néo-zélandais. Aux références bibliographiques ainsi obtenues se sont ajoutées les publications identifiées à d'autres sources, notamment, le catalogue SIGN@L de la bibliothèque du CJM-IU (collection numérique des centres jeunesse du Québec), ainsi que les sites Internet et pages Web des agences de la santé et des services sociaux, et des organismes gouvernementaux intéressés à la question au Canada et à l'étranger; ces derniers permettant d'identifier les recommandations nationales et internationales à l'égard des outils cliniques en négligence.

Par ailleurs, certaines des questions de la *Grille de consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence* visaient à obtenir des informations sur les outils dont le personnel des CSSS et des CJ disposait déjà pour dépister ou évaluer les situations de négligence. Pour chacun des outils répertoriés, il leur était demandé d'en préciser le contexte d'utilisation ainsi que les forces, les limites et les difficultés d'application.

Parmi l'ensemble des outils ainsi répertoriés, une sélection a été réalisée en fonction de trois critères d'inclusion prédéterminés par l'équipe de recherche : 1) être doté d'une validité empirique ou par consensus d'experts au moins dans sa version originale; 2) être doté d'une notoriété dans la littérature scientifique et clinique récente ou être déjà utilisé dans les CSSS ou les CJ du Québec; et 3) ne pas exiger de spécialisation particulière pour la passation et l'interprétation.

2.3. Résultats

Tenant compte de ces principes, la recherche documentaire a permis de recenser un grand nombre d'outils cités dans les écrits scientifiques et cliniques publiés sur la problématique de la négligence depuis l'année 2000. Parmi eux, 26 répondent aux trois critères de sélection déterminés par le groupe de travail. La liste de ces outils apparaît en annexe (p. 17). Parmi les outils retenus, huit sont déjà utilisés dans les CJ ou les CSSS : la *Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité* (ACJQ, 1997; Turcotte, 1991), le *Guide d'évaluation des capacités parentales* (Steinhauer, 1993), l'*Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)* (Vézina et Bradet, 1992), le *Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE)* (Chamberland et al., 2010), le *Système de soutien à la pratique (SSP)* (Frenette, Abriat et Dufault, 2001), l'*Indice de stress parental (ISP)* (Bigras, Lafrenière et Abidin, 1996), la *Grille*

d'évaluation du développement (GED) (CLIPP, 2007) et le *Questionnaire sur les étapes du développement* (ASQ) (Squires, Potter et Bricker, 1999). Par ailleurs, cinq outils reçoivent la cote A du *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare*¹, sur la base du nombre d'articles ayant démontré la fiabilité et la validité de l'instrument. Il s'agit de l'*Inventaire concernant le bien-être de l'enfant* (ICBE), de l'*Inventaire du potentiel d'abus* (CABI) (Milner, 1986, 1994), de l'*Indice de stress parental* (ISP), du *Family Assessment Form* (McCroskey, Nishimoto, et Subramanian, 1991) et des *Questionnaires sur les étapes du développement* (ASQ) (Squires, Potter et Bricker, 1999).

Les 26 outils ont été regroupés en cinq grandes catégories, tenant compte notamment des divers domaines d'influence sur la négligence. Sont donc distingués : 1) les outils axés sur la négligence; 2) les outils multifactoriels tenant compte de plusieurs domaines d'influence sur la négligence; 3) les outils d'évaluation des capacités parentales; 4) les outils d'évaluation de l'environnement social et familial de l'enfant; et enfin 5) les outils d'évaluation du développement physique, émotif et comportemental de l'enfant.

3. Analyse critique des outils et recommandations

En cohérence avec le mandat confié au groupe de travail, chacun des 26 outils retenus a fait l'objet d'une analyse critique à partir d'une fiche technique élaborée pour les besoins de l'étude, la *Grille d'analyse des outils cliniques en négligence*. Cette fiche est organisée en fonction des cinq types d'informations suivantes : 1) les dimensions descriptives (type d'outils, âge des clientèles, buts, dimensions analytiques); 2) les dimensions de rigueur méthodologique (mode de validation, données de validation); 3) les considérations de convivialité, de faisabilité et d'accessibilité (durée de passation, de correction et d'interprétation, exigences de formation et de supervision, coûts); 4) les dimensions de notoriété; et 5) une appréciation des forces et des limites de l'outil en fonction des critères de pertinence, de qualité et d'accessibilité. Pour compléter les différentes sections de la grille d'analyse, l'équipe de recherche a eu recours aux sources de données suivantes : 1) les articles scientifiques présentant les résultats des études de validation); 2) la documentation pertinente à chacun des outils (guides d'accompagnement, sites Internet, rapports gouvernementaux ou répertoires proposant une description ou une analyse critique de ces outils); 3) la consultation des informateurs clés dans les établissements retenus pour l'étude; et 4) la consultation d'experts ou d'utilisateurs de ces outils.

Sur la base de cette analyse et en considérant d'une part, les besoins décrits par les informateurs clés et, d'autre part, les possibilités de déploiement relativement rapides auprès des intervenants des CJ et CSSS, le groupe de travail privilégie certains outils susceptibles de faire partie du coffre à outils des intervenants.

¹ Il s'agit d'un organisme américain qui s'adresse aux professionnels en protection de l'enfance et qui a pour tâche principale de les informer des recherches et programmes utilisés en protection de l'enfance.

3.1. Outils axés sur la négligence

Les résultats de la recension confirment que les outils de dépistage ou d'évaluation spécifiquement axés sur la problématique de la négligence demeurent peu nombreux. Parmi les 26 outils retenus, seulement quatre sont spécifiquement axés sur la problématique de négligence : le *Childhood Level of Living Scale* (Polansky *et al.*, 1981), l'*Index de négligence* (Trocmé, 1996), le *Mother-Child Neglect Scale* (Lounds *et al.*, 2004) et le *Multidimensional Neglectful Behavior Scale* (Kaufman-Kantor *et al.*, 2004). À la suite de l'analyse de ces quatre outils, le groupe de travail privilégie l'un d'entre eux, soit l'*Index de négligence* (Child neglect index) de Trocmé (1996). Les motifs suivants justifient ce choix :

- Il s'agit d'un outil doté de validité empirique.
- L'outil existe en français et en anglais. La version française a été adaptée au contexte québécois et a fait l'objet d'études de validation en contexte québécois.
- L'outil comporte certaines des caractéristiques recherchées par les milieux. Il s'agit d'un outil convivial, accessible et court qui mesure six formes de négligence, qui évalue la sévérité de la négligence et permet de pondérer la gravité de la négligence selon l'âge de l'enfant (de 0 à 18 ans).

Peu connu et utilisé dans les établissements ciblés par l'étude, l'outil n'est cependant pas conçu pour dépister la négligence (la présence ou pas de négligence). De plus, il ne tient pas compte des divers domaines d'influence sur le phénomène, ni des conséquences pour l'enfant. Toutes ces dimensions doivent donc être mesurées séparément par d'autres instruments en cohérence avec l'adoption d'une vision écosystémique de la négligence.

Les membres du groupe soulignent par ailleurs le caractère prometteur du *Multidimensional Neglectful Behavior Scale (MNBS)* (Kaufman *et al.*, 2004). L'outil mesure différentes dimensions du phénomène de la négligence et a le mérite d'inclure des items reflétant un large spectre (un gradient) de conduites parentales allant de conduites inadéquates (mais ne nécessitant pas l'intervention des services sociaux) jusqu'à l'abandon parental. L'outil est court et facile d'utilisation. Il se démarque des autres instruments existants dans la littérature par la préoccupation qu'il porte à la perspective de l'enfant, puisqu'il existe une version pour enfants. De plus, la version pour enfants utilise la technologie informatique de façon innovatrice. Selon les concepteurs, les résultats des études de validation déjà réalisées suggèrent que le *MNBS* est un outil prometteur pour la détection et l'évaluation de la négligence. Ils estiment toutefois que d'autres études de validation auprès d'échantillons plus importants sont requises avant l'implantation clinique de ces outils. À notre connaissance, de telles études n'ont pas encore été réalisées. De façon générale, il existe peu de documentation sur ces outils. Mentionnons enfin que seules certaines échelles de l'outil sont actuellement traduites en français.

3.2. Outils multifactoriels

La recension des écrits a permis d'identifier sept outils qui répondent aux critères de sélection retenus par le groupe de travail : la *Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité*; l'*Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)* (Vézina et Bradet, 1992); le *Guide d'évaluation des capacités parentales* (Steinhauer, 1993); les outils dérivés du cadre britannique : la *Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant*, la *Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant* et le *Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE)* (Chamberland et al., 2010); et le *Système de soutien à la pratique (SSP)* (Frenette, Abriat et Dufault, 2001).

D'emblée, il faut préciser qu'aucun de ces outils n'a été conçu pour mesurer la négligence en tant que telle. Il ressort toutefois des études de validation de l'*ICBE* que certaines échelles de l'outil peuvent discriminer les familles négligentes des familles non négligentes. L'outil est par ailleurs très présent dans la littérature clinique et scientifique sur la problématique de la négligence et il est fréquemment utilisé dans les contextes d'évaluation de la négligence.

Tous ces outils présentent un intérêt important pour la pratique en négligence, leur apport majeur étant de tenir compte de plusieurs domaines d'influence et de proposer à des degrés divers une lecture multifacette de la situation familiale, dans la lignée de l'approche écosystémique privilégiée par les milieux de pratique consultés. L'*ICBE*, le *Guide d'évaluation des capacités parentales* et le *CABE* comportent également deux autres caractéristiques recherchées par les milieux : 1) ils permettent d'identifier et de qualifier les forces des parents dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et familiales; et 2) ils sont conçus pour faire émerger les zones et les pistes d'intervention avec les familles. De plus, tous trois sont traduits en français et adaptés au contexte québécois. Le *CABE* a, de plus, le mérite de répondre aux besoins exprimés par les milieux de pratique pour des outils de soutien à l'évaluation des besoins de l'enfant, permettant d'établir un langage commun entre intervenants des CJ et des CSSS et susceptibles de s'inscrire dans une démarche interactive entre la famille et l'intervenant.

Par contre, aucun de ces outils ne comporte les caractéristiques de convivialité recherchées par les milieux de pratique. La solution à ces problèmes pourrait exiger une certaine adaptation des modes d'organisation du travail. Elle pourrait notamment résider dans l'instauration de modalités de travail en équipes multidisciplinaires susceptibles de favoriser le soutien mutuel, le partage de la charge de travail, la validation des décisions et le partage des expertises. Parmi les solutions envisageables, on peut également penser à la création d'équipes spécialisées pour soutenir l'évaluation et la prise de décision dans les cas complexes.

Par ailleurs, seul l'*ICBE* a fait l'objet d'études de validation empirique. Des études de validation des autres outils pourraient être envisagées. Quant à l'*ICBE*, il nécessiterait une mise à jour afin d'être adapté aux modifications apportées à la LPJ en 2007.

Les membres du groupe soulignent que les trois outils dérivés du cadre britannique présentent beaucoup de potentiel pour l'utilisation dans le continuum CSSS et CJ. La *Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant*, notamment, pourrait répondre aux besoins

exprimés par les répondants des CSSS pour un outil permettant d'évaluer la pertinence de signaler une situation aux centres jeunesse et d'une grille conviviale qui faciliterait une première lecture de la problématique à l'accueil, l'évaluation et l'orientation (AÉO) de la demande de service. Toutefois, comme la *Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant*, cet outil n'a pas encore été implanté au Québec de sorte qu'on en connaît mal les forces et les limites de même que les exigences entourant son implantation.

3.3. Outils d'évaluation des conduites parentales

Parmi les 26 outils recensés, presque tous comportent des items ou des échelles mesurant la qualité des conduites parentales. La recension des écrits a permis de faire ressortir deux autres outils plus spécifiquement axés sur les conduites parentales. Il s'agit de l'*Indice de stress parental (ISP)* (Bigras, Lafrenière et Abidin, 1996), et de l'*Inventaire du potentiel d'abus (CAPI)* (Milner, 1986, 1994). L'analyse des forces et des faiblesses de chacun des outils conduit à privilégier l'un d'entre eux, l'*Indice de stress parental*. Les motifs qui suivent justifient ce choix. Il s'agit d'un outil très connu et abondamment utilisé tant par les chercheurs que les praticiens. Il a fait l'objet de plusieurs études de validité dans plusieurs contextes géopolitiques, notamment le Québec. L'outil situe bien les sources et la nature du stress parental et permet d'ajuster l'intervention en conséquence. Il peut être utilisé dans divers contextes, donc tant dans les CSSS que dans les CJ et par divers professionnels, ce qui correspond à un besoin exprimé par les répondants des CSSS. L'outil ne mesure pas la négligence comme telle. Au-dessus d'un certain seuil, les résultats obtenus sont un indicateur que la sécurité et le développement de l'enfant peuvent être compromis. Toutefois, comme cet outil ne mesure qu'un domaine d'influence sur les mauvais traitements, l'évaluation doit être complétée avec d'autres instruments tenant compte d'autres facteurs, pour mieux identifier et diagnostiquer les cas de mauvais traitements. L'outil de base étant relativement long à compléter, le groupe de travail recommande par ailleurs l'utilisation de la version courte. En dépit du fait qu'il est très souvent utilisé et répertorié dans les études en négligence, le *CAPI* n'est pas privilégié parce qu'il ne permet pas de prédire la négligence et demeure peu discriminatif par rapport à cette problématique (Chaffin et Vallee, 2003; McNary et Black, 2003). Il s'agit bien davantage d'un outil de dépistage des risques d'abus physiques.

3.4. Outils d'évaluation de l'environnement social et familial de l'enfant

Dans cette catégorie, le groupe de travail a retenu cinq outils qui répondaient aux critères de sélection établis. À la suite de l'analyse des forces et des faiblesses de ces outils, le groupe de travail privilégie deux d'entre eux, soit : l'*Inventaire du soutien social et familial (ISSF)* et le *Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)* (Epstein, Baldwin et Bishop, 1983). L'*Inventaire de soutien social et familial (ISSF)* sert à évaluer la présence, la qualité et la densité du réseau social de l'utilisateur. Il est une adaptation de deux outils, soit le *Social Support Questionnaire* (Sarason et al., 1983) et le *Arizona Social Support Interview Schedule* (Barrera, 1980). Le *ISSF* est retenu pour sa pertinence et sa convivialité. Il permet de faire un portrait rapide du réseau de soutien de la personne et des ressources manquantes

dans celui-ci ainsi que du type de soutien qui devrait être développé. Le *Questionnaire d'évaluation familiale* permet de dépister les familles dont le fonctionnement familial est inadéquat. Il est convivial et facile à utiliser. Son temps de passation est bref et il n'exige pas une formation élaborée et coûteuse. La procédure de cotation est simple et rapide. De plus, l'outil a été traduit et validé en langue française.

3.5. Outils d'évaluation du développement et des comportements de l'enfant

Dans cette catégorie, huit outils ont été retenus suite à la recension des écrits. Cinq d'entre eux ont été retenus pour mesurer le développement socioaffectif, cognitif et moteur des enfants âgés de 0 à 5 ans. Les trois autres mesurent les troubles de comportements et les symptômes post-traumatiques chez les enfants âgés de plus de 5 ans. Pour le choix des outils de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans, le groupe de travail a été guidé par les recommandations formulées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2010). Ces outils sont les suivants : la *Grille Ballon* (Bernier, 2002), la *Grille d'évaluation du développement (GED)* (CLIPP, 2007), l'*Inventaire du développement de l'enfant entre 0-7 ans* (Brigance, 1997), le *Nipissing district developmental screen* (Dahinten et Ford, 2004) et les *Questionnaires sur les étapes du développement (Ages and Stages Questionnaires - ASQ)* (Squires, Potter et Bricker, 1999). Les trois outils retenus pour les enfants âgés de plus de 5 ans sont le *Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA)* (Achenbach 1991), le *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)* (Brière, 1996) et le *Trauma Symptom Checklist for young Children (TSCYC)* (Brière, 2005).

Pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, le groupe de travail privilégie la *Grille d'évaluation du développement (GED)* pour les raisons suivantes. Cet outil comporte de bonnes qualités cliniques et son implantation est de plus en plus importante en CSSS, CJ et CPE. Il est en général très apprécié des intervenants et correspond à plusieurs des besoins répertoriés dans cette étude : ceux de disposer d'outils de mesure du développement des enfants, faciles à utiliser et n'exigeant pas trop de temps d'administration. Toutefois, il serait intéressant que le *GED* soit traduit en langue anglaise pour les CJ et CSSS qui ont une clientèle anglophone. De plus, une validation transculturelle serait à faire. Également, une adaptation pour les enfants âgés de 6 à 11 ans serait intéressante à réaliser afin de répondre aux besoins des milieux.

Pour les enfants âgés de plus de 5 ans, le *Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA)* est privilégié. Cet outil est convivial pour évaluer les troubles de comportement. Il évalue rapidement l'importance des difficultés perçues tant au niveau intériorisé aussi bien qu'extériorisé. C'est l'outil le plus utilisé au monde pour l'évaluation des troubles de comportement, tant en recherche qu'en clinique. Il est disponible en français et en anglais.

Le *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*, pour les enfants de 8 à 16 ans, et le *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*, pour les enfants de 3 à 12 ans, sont également à privilégier, car ils permettent d'évaluer les traumatismes et prennent en compte la perspective des enfants. Ils sont utiles pour situer les impacts de la violence. Ils sont faciles à administrer, ce qui rejoint les besoins des milieux. Le *TSCC* est un bon outil de dépistage pour les cliniciens. Ces outils sont disponibles en français et en anglais.

4. Défis de l'implantation d'outils cliniques en négligence

La littérature scientifique et clinique identifie les conditions d'implantation des outils cliniques comme l'un des enjeux clés de l'évaluation psychosociale des familles vulnérables. La recension des écrits pertinents montre qu'il est essentiel, avant de proposer des outils cliniques aux milieux de pratique, de s'assurer que certaines conditions sont mises en place pour en favoriser une implantation réussie et une utilisation adéquate. À défaut de le faire, on s'expose à des évaluations qui risquent d'être invalides, ce qui n'est pas sans conséquence puisque toute évaluation donne une direction à l'intervention et mène à des décisions susceptibles de changer la vie d'une famille. Ces études montrent qu'une évaluation efficace des situations de négligence ne doit donc pas reposer uniquement sur le choix et le développement d'outils de mesure, mais également 1) sur une formation continue; 2) sur la mise en place de systèmes efficaces de saisie et de gestion de données; 3) sur l'expertise, les habiletés et la disponibilité des acteurs concernés; 4) sur le soutien de l'organisation; et 5) sur une supervision clinique systématique et régulière et un processus de suivi de la qualité. Pour que les praticiens voient mieux la pertinence et le sens clinique des outils qu'ils auront à utiliser, les auteurs consultés prônent également l'adoption d'approches participatives visant à impliquer les intervenants dans le choix et le processus d'implantation des outils.

Les données issues de la consultation des informateurs clés et des discussions au sein du comité consultatif montrent que les défis restent nombreux quant aux conditions à mettre en place pour favoriser une implantation réussie d'outils cliniques dans la pratique des établissements concernés. Les consultations font ressortir quatre types de besoins quant aux conditions d'implantation d'outils cliniques dans la pratique en négligence.

- **Le besoin de formation.** Particulièrement important dans les CSSS (relevé par 73,3 % des répondants), ce type de besoin est également rapporté par 46,7 % des informateurs issus des CJ. Les lacunes dans la formation aux outils viennent au premier rang des obstacles à une utilisation optimale d'outils d'évaluation dans ces établissements.
- **Le besoin de supervision et de soutien clinique.** Ce type de besoin est rapporté par près de la moitié des répondants de CJ et des CSSS et est également identifié comme l'une des contraintes à une utilisation adéquate des outils cliniques dans un contexte d'évaluation de la négligence.
- **Le besoin de temps pour se former, s'approprier les outils et en faire une utilisation rigoureuse.**
- **Le besoin de cohérence.** Alors que les répondants des CSSS évoquent le besoin d'un programme d'intervention en négligence pour orienter les choix en matière de stratégies d'évaluation psychosociale, les représentants des CJ expriment un besoin de cohérence entre le programme, les outils et l'intervention. La préoccupation pour les retombées sur l'intervention est bien présente. Dans les deux cas, le message transmis par les informateurs

clés est que le recours à des outils cliniques doit faire sens pour les acteurs impliqués dans le processus. Les répondants estiment qu'une étape préalable à l'implantation de nouveaux outils doit être la mise en place du programme d'intervention en négligence qui devrait orienter davantage les choix en matière de stratégies d'évaluation psychosociale.

Conclusion

L'étude a permis de constater qu'aucun outil ne permet à lui seul d'évaluer la négligence. C'est pourquoi, elle propose un ensemble d'outils pour mesurer toutes les facettes de la réalité de l'enfant négligé et susceptibles d'être utilisés en complémentarité. Ces outils sont jugés les plus pertinents pour le dépistage et l'évaluation de la négligence en CJ et en CSSS. Certains de ces outils se doivent d'être considérés dans le coffre à outils des intervenants. L'étude montre cependant qu'il est essentiel, avant de proposer des outils cliniques aux milieux de pratique, de s'assurer que certaines conditions sont mises en place pour en favoriser une implantation réussie et une utilisation adéquate.

Vous pouvez retrouver le rapport complet sur le site du Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ) [<http://www.ruij.qc.ca/>].

Références

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ajenstat, J. et Bastien, M. (1990). *Validation d'un système expert d'aide à l'intervenant social*. Thèse de maîtrise inédite. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Association des centres jeunesse du Québec (1997). *En vue d'assurer à tout enfant un projet de vie permanent*. Montréal : ACJQ. Table des directeurs de la protection de la jeunesse.
- Association des centres jeunesse du Québec (2009). *Guide des outils cliniques en centre jeunesse*. Montréal : ACJQ.
- Barrera, M. L. (1980). « A method for the assessment of social support networks in community survey research », *Connections*, 3, p. 8-13.
- Bernier, N. (2002). *Grille ballon : grille d'observation du développement de l'enfant. Document pratique à l'usage des éducatrices en stimulation précoce et en petite enfance, des responsables de service de garde et des parents*, 2^e édition révisée et corrigée. Rimouski : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation.
- Bigras, M., Lafrenière, P. J., et Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental : Manuel francophone en complément de l'édition américaine*. Toronto : Multi-Health Systems.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Brigance, A. H. (1997). *Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans*, 3^e édition revue et validée. Ontario : Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques.
- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) (2007). *La grille d'évaluation du développement de l'enfant GED : fondements théoriques, description d'outil, données psychométriques*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).
- Chaffin, L., et Valle, M. A. (2003). « Dynamic prediction characteristics of the child abuse potential inventory », *Child abuse and neglect*, 27, p. 463-481.
- Chamberland, C., Lessard, D., Lacharité, C., Bouchard, V., Clément, M.-É., Fafard, G. et al. (2010). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES*. Rapport préliminaire d'évaluation 2 présenté à La Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada en collaboration avec le Ministère de la Sécurité publique du Québec.

- Dahinten, S. V. et Ford, L. (2004). *Validation of the Nipissing District Developmental Screen For Use With Infants and Toddlers - Working Paper*. British Columbia : Consortium for Health, Intervention, Learning and Development, University of British Columbia.
- Epstein, N.B., Baldwin, L., et Bishop, D.S. (1983). « The McMaster Family Assessment Device », *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), p. 171-180.
- Frenette, M., Abriat, P. et Dufault, D. (2001). *L'intelligence artificielle et l'évaluation sociale en protection de l'enfance*. Système de soutien à la pratique SSP.
- Institut national de santé publique 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*. [<http://www.inspq.qc.ca>].
- Kaufman-Kantor, G., Holt, M. K., Mebert, C. J., Straus, M. A., Drach, K. M., Ricci, L. R., MacAllum, C. A. et Brown, W. (2004). « Development and Preliminary Psychometric Properties of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale-Child Report », *Child Maltreatment*, 9(5), p. 409-428.
- Lounds, J. J., Borkowski, J. G. et Whitman, T. L. (2004). « Reliability and Validity of the Mother-Child Neglect Scale », *Child Maltreatment*, 9(4), p. 371-381.
- McCroskey, J., Nishimoto, R. et Subramanian, K. (1991). « Assessment in family support programs : Initial reliability and validity testing of the Family Assessment Form », *Child Welfare*, 70, p. 19-33.
- McNary, S. et Black, M. (2003). « Use of the Child Abuse Potential Inventory », *Child Abuse and Neglect*, 27, p. 459-461.
- Milner, J. S. (1986). *The child abuse potential inventory : Manual*, 2^e édition. Webster, NC7: Psytec.
- Milner, J. S. (1994). « Assessing physical child abuse risk : The Child Abuse Potential Inventory (CAPI) », *Clinical Psychology Review*, 14, p. 547-583.
- Polansky, N. A., Chalmers, M. A., Bittenweiser, E. et Williams, D. (1981). « Assessing adequacy of child caring : an urban scale », *Child Welfare*, 57(7), p. 349-449.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. et Sarason, B. R. (1983). « Assessing Social Support : The Social Support Questionnaire », *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), p. 127-139.
- Squires, J., Potter, L. et Bricker, D. (1999). *Ages and Stages Questionnaires : A parent-completed child monitoring system*, 2^e édition. Baltimore, MA : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Steinhauer, P. D. (1993). *Assessing Parenting Capacity Manual Guidelines*. Toronto : Institute for the prevention of child abuse.
- Trocmé, N. (1996). « Development and Preliminary Evaluation of the Ontario Child Neglect Index », *Child Maltreatment*, 1(2), p. 145-155.

Turcotte, G. (1991). *Grille de dépistage des enfants à risque d'abandon*. Montréal : Centre de services sociaux de Montréal métropolitain.

Vézina, A. et Bradet, R. (1992). « Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales », *Science et Comportement*, 22, p. 233-251.

Outils cliniques en négligence privilégiés par le groupe de travail

AXÉS SUR LA NÉGLIGENCE

- Childhood Level of Living Scale
- 👍 ● Index de négligence (Trocmé)
- Mother-Child Neglect Scale
- 👍 ● Multidimensional Neglectful Behavior Scale

MULTIFACTORIELS

- 👋 ● Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité
- 👋 ● Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer)
- 👋 ● Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)
- Outils dérivés du cadre d'analyse commun des besoins de l'enfant :
 - Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant (*Common Assessment Framework Form*)
 - Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant (*Initial Assessment Record*)
- 👋 ● Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE) (*Core Assessment Record*)
- 👋 ● Système de soutien à la pratique (SSP)

ÉVALUATION DES CONDUITES PARENTALES

- 👍👋 ● Indice de stress parental (ISP)
- Inventaire du potentiel d'abus (CAPI)

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

- Family Assessment Form
- Family Need Scale
- HOME
- 👍 ● Inventaire de soutien social et familial (ISSF)
- 👍 ● Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)

ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

- 0-5 ans**
- Grille Ballon
 - 👍👋 ● Grille d'évaluation du développement (GED)
 - Inventaire du développement de l'enfant (Brigance)
 - Nipissing district developmental screen
 - 👋 ● Questionnaires sur les étapes du développement (ASQ)
- 6-11 ans**
- 👍 ● Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA)
 - 👍 ● Trauma Symptom Checklist For Children
 - 👍 ● Trauma Symptom Checklist for Young Children

Légende

- 👍 Outils recommandés
- 👋 Outils utilisés en CJ ou CSSS

