



**Portrait de la clientèle des  
Services intégrés en périnatalité  
et pour la petite enfance (SIPPE)  
en Montérégie**

**Sylvie Bériault**

**avec la collaboration de  
Luce Bordeleau**

**Mars 2013**

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie**

**Québec** 

Direction de santé publique

**Auteure**

Bériault, Sylvie

**Collaboratrice**

Bordeleau, Luce

**Coordination**

Auger, Suzanne

**Traitement des données**

Bernier, Nathalie

**Secrétariat et mise en pages**

Bédard, Barbara

L'Écuyer, Geneviève

**Remerciements**

Nous remercions tous les gestionnaires, superviseurs cliniques, responsables d'équipe et intervenantes mobilisés dans la collecte de données sur le portrait de la clientèle des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

**Référence suggérée**

Bériault, Sylvie. (2013). *Portrait de la clientèle des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) en Montérégie*, Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 38 p.

Ce document est disponible en version électronique sur l'Extranet de santé publique : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/index.fr.html>, onglet *Documentation*

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN : version imprimée : 978-2-89342-579-5

ISBN : version électronique : 978-2-89342-580-1

Dans ce document, le générique féminin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

# Table des matières

<b>Liste des tableaux et figures</b> .....	4
<b>Introduction</b> .....	5
<b>Mise en contexte</b> .....	6
État de la situation .....	6
Objectif .....	6
<b>Méthodologie</b> .....	7
<b>Résultats</b> .....	8
Section 1 : Proportion de familles avec ou sans difficulté .....	8
Section 2 : Mode d'intervention privilégié .....	11
<b>Faits saillants</b> .....	13
<b>Discussion</b> .....	14
<b>Conclusion</b> .....	16
<b>Références</b> .....	17

## ANNEXES

### Annexe 1

Grille de collecte de données

### Annexe 2

Guide *Portrait de la clientèle SIPPE : collecte de données*

### Annexe 3

Figures présentant les familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté d'autres formes de maltraitance, de la dépendance, de la déficience intellectuelle et de la violence conjugale selon la présence ou non d'une autre difficulté

## Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Familles SIPPE selon la présence (et le soupçon) ou non de l'une des 6 difficultés .....	8
Tableau 2 : Mode d'intervention selon le type de difficultés présentes et soupçonnées .....	12
Figure 1 : Familles SIPPE selon le nombre de difficultés présentes et soupçonnée.....	9
Figure 2 : Familles SIPPE selon le type de difficulté présente ou soupçonnée.....	9
Figure 3 : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté un TROUBLE de SANTÉ MENTALE selon la présence ou non d'une autre difficulté .....	10
Figure 4 : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté une situation de NÉGLIGENCE selon la présence ou non d'une autre difficulté .....	10
Figure 5 : Mode d'intervention selon le nombre de difficultés présentes et soupçonnées.....	11

### Annexe 3

Figures présentant les familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté d'autres formes de maltraitance, de la dépendance, de la déficience intellectuelle et de la violence conjugale selon la présence ou non d'une autre difficulté

Figure A : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté d'autres FORMES de MALTRAITANCE selon la présence ou non d'une autre difficulté.....	13
Figure B : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté une situation de DÉPENDANCE selon la présence ou non d'une autre difficulté.....	13
Figure C : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté une situation de DÉFICIENCE INTELLECTUELLE selon la présence ou non d'une autre difficulté .....	14
Figure D : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté une situation de VIOLENCE CONJUGALE selon la présence ou non d'une autre difficulté .....	14

## Introduction

Le portrait montréalais des familles SIPPE s'inscrit en continuité des chantiers provinciaux d'optimisation des SIPPE menés entre 2008 et 2011. Soutenu conjointement par l'équipe petite enfance de la Direction de santé publique (DSP), la Table de concertation régionale de santé publique (TCRSP) et la Table des directeurs famille-enfance-jeunesse (FEJ), ce portrait a été réalisé à l'automne 2012. Il vise principalement à guider la réflexion entamée par les CSSS pour la mise en place d'un continuum de services en périnatalité et en petite enfance.

La première section de ce document fait état de la proportion de familles SIPPE ne vivant aucune difficulté, et vivant une ou plusieurs difficultés, ainsi que des types de difficultés vécues par cette clientèle. La seconde section présente le mode d'intervention qui est privilégié la majorité du temps auprès des familles suivies dans les SIPPE.

Ce document s'ajoute aux présentations de janvier 2013 sur le portrait régional de la clientèle SIPPE réalisées à la TCRSP et au réseau clinico-administratif (RCA) Jeunes. Une tournée des CSSS pour présenter les portraits locaux est également en cours.

## Mise en contexte

### État de la situation

Les résultats des chantiers provinciaux d'optimisation des SIPPE ont démontré qu'une portion des familles bénéficiant de ces services présentent non seulement des facteurs de risque, mais bien souvent une ou plusieurs difficultés (négligence, maltraitance, dépendance, déficience intellectuelle, troubles de santé mentale et violence conjugale), les SIPPE s'avérant souvent utilisés pour ces familles comme un filet de sécurité, alors que des services spécialisés seraient davantage indiqués. Dans le cadre de ces chantiers, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a produit un avis sur l'efficacité des interventions de type SIPPE (Beauregard D. et coll. 2010) dans lequel on conclut qu'un programme préventif de type SIPPE ne peut répondre aux besoins particuliers des familles aux prises avec des difficultés.

Une des recommandations issues des travaux des chantiers SIPPE (Therrien L. et coll., 2011 – Rapport du comité-conseil) est donc d'assurer le déploiement d'un continuum de services en périnatalité et pour la petite enfance en positionnant les SIPPE dans le volet préventif de ce continuum, volet pour lequel ce programme a été démontré efficace lorsque toutes ses composantes sont en place : précocité, durée et intensité. Les SIPPE sont donc destinés aux familles qui présentent des facteurs de risque et vivent en contexte de vulnérabilité, et non à celles qui éprouvent des difficultés.

Les nouvelles directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en août 2012 font suite à cette recommandation afin de permettre l'orientation des enfants et des familles vers le programme répondant le mieux à leurs besoins (voir [Infolettre septembre 2012](#)).

Le programme d'intervention en négligence prévu dans l'offre de service du programme-services Jeunes en difficulté et le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS est le premier programme du continuum à être mis en place dans chaque établissement. Une allocation récurrente a d'ailleurs été octroyée l'automne dernier par le MSSS pour soutenir son implantation dans tous les CSSS du Québec.

Un processus de réflexion est donc en cours à l'heure actuelle dans chacun des CSSS visant à planifier leur organisation de services pour être éventuellement en mesure d'offrir les services qui répondent le mieux possible aux besoins des familles. Cette planification posera les jalons nécessaires à l'implantation du programme d'intervention en négligence *Je tisse des liens gagnants* et à l'optimisation des SIPPE dans chaque CSSS dans une perspective de continuum de services.

### Objectif

La réalisation d'un portrait de la clientèle SIPPE (régional et local) visait à identifier la proportion de familles présentant des facteurs de risque et celles qui vivent une ou plusieurs difficultés afin de fournir un outil qui contribuerait à guider la réflexion pour la mise en place d'un continuum de services de la prévention aux services spécialisés. Les SIPPE étant positionnés dans le volet préventif du continuum, sa mise en place permettra ultimement à chaque CSSS d'offrir le bon programme, à la bonne personne, au bon moment.

## Méthodologie

Ce portrait des familles SIPPE est en quelque sorte une « photo » prise au moment de la collecte de données. Il reflète le nombre et les caractéristiques des familles admises et suivies dans les SIPPE à travers la Montérégie à un moment précis, soit entre le 27 septembre et le 26 octobre 2012.

Pour obtenir ce portrait, chaque intervenante privilégiée a documenté les familles faisant partie de sa charge de cas à l'aide d'une grille de collecte de données (Annexe 1) et d'un guide d'accompagnement (Annexe 2). Ces outils avaient été prétestés auprès d'une superviseure clinique et des intervenantes privilégiées du CSSS Jardins-Roussillon et utilisés dans la région de Montréal en mai 2012. Cet exercice ne nécessitait pas le recours au dossier de la famille et prenait en moyenne une heure à compléter par intervenante privilégiée.

La grille de collecte de données a été remplie par l'intervenante privilégiée. Une personne désignée en tant que responsable de la collecte dans chaque CSSS (généralement la superviseure clinique ou la responsable d'équipe) validait et discutait des données colligées avec l'intervenante privilégiée, et ce, afin d'assurer une certaine homogénéité des données recueillies.

Les éléments suivants ont été documentés :

- ✓ Nombre de familles ne vivant aucune difficulté;
- ✓ Nombre de familles vivant une ou plusieurs des six difficultés suivantes (présentes ou soupçonnées) : négligence, autres formes de maltraitance, dépendance, déficience intellectuelle, troubles de santé mentale et violence conjugale;
- ✓ Le mode d'intervention « prévention » OU « gestion de crise/grande intensité ».

Ces six difficultés sont celles documentées dans les chantiers d'optimisation des SIPPE.

Dans le but de faciliter la cueillette de données et d'assurer la validité de celles-ci, le guide qui accompagnait la grille proposait des modalités de collecte et des repères, entre autres, pour déterminer si une difficulté était présente ou soupçonnée. L'intervenante privilégiée devait avoir observé des indices cliniques qui l'amènent à **fortement** soupçonner la présence d'une difficulté dans la vie de la famille, soit un soupçon suffisamment grand pour qu'elle reste vigilante face à la possibilité que cette difficulté puisse avoir un impact négatif sur les compétences parentales ou le développement de l'enfant. Le guide contenait également une définition de chaque difficulté à documenter afin de permettre une compréhension commune.

Une limite du portrait est le fait que les données recueillies ne permettent pas de faire la distinction entre la présence et le soupçon des difficultés pour ce qui est du mode d'intervention.

## Résultats

La présentation des résultats du portrait régional de la clientèle SIPPE est divisée en deux sections. La première section porte sur la proportion de familles ne vivant aucune difficulté, et vivant une ou plusieurs difficultés, et la deuxième, sur le mode d'intervention privilégié auprès de ces familles.

### Section 1 : Proportion de familles avec ou sans difficulté

Comme le montre le tableau 1, un total de 1 698 familles étaient suivies dans les SIPPE en Montérégie à l'automne 2012. La majorité d'entre elles (63 %), soit près du deux tiers, vivent une difficulté et plus, alors que 37 % des familles n'ont aucune difficulté. La clientèle visée par les SIPPE, soit les familles ayant des facteurs de risque et qui vivent en contexte de vulnérabilité, sans toutefois avoir des difficultés, se retrouvent dans cette dernière proportion.

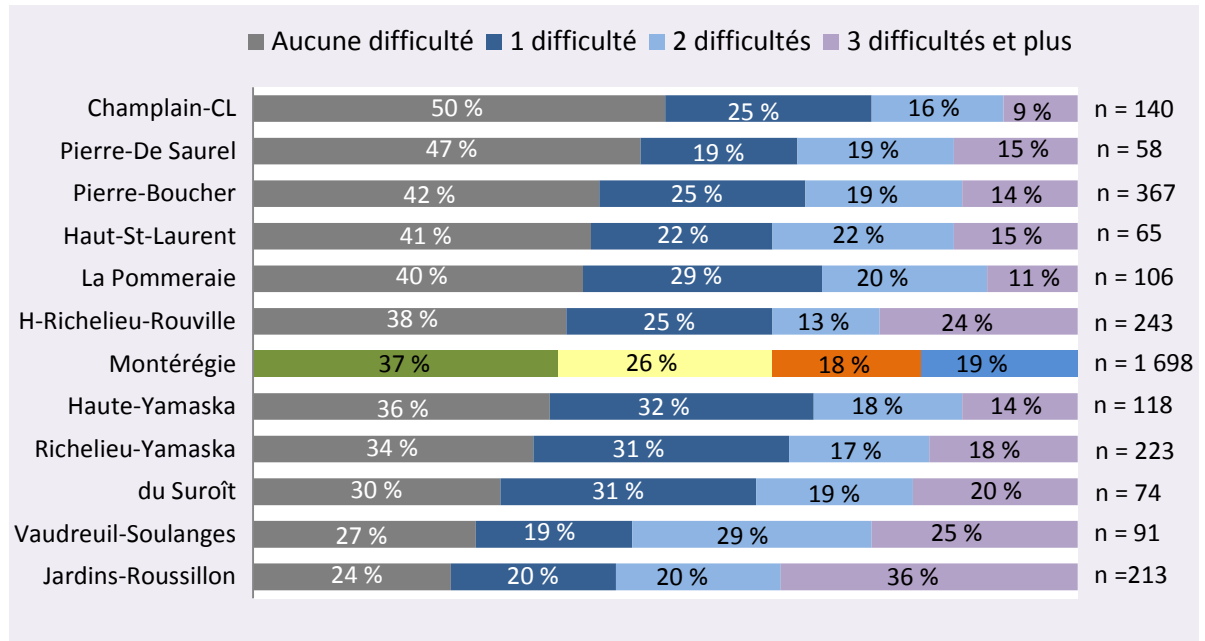
**Tableau 1 : Familles SIPPE selon la présence (et le soupçon) ou non de l'une des 6 difficultés**

	Aucune difficulté	Au moins une difficulté	Total des familles
Montérégie	37 % (630)	63 % (1 068)	100 % (1 698)

La figure 1 (illustration à la page 9) indique la proportion de familles selon le nombre de difficultés vécues. Elle montre que 26 % des familles SIPPE en Montérégie ont une difficulté alors qu'une plus forte proportion (37 %) vit deux difficultés et plus, soit la même proportion de familles qui n'ont aucune difficulté. Une grande variation peut être observée d'un territoire à l'autre, les proportions variant, par exemple, de 24 % à 50 % pour les familles n'ayant aucune difficulté et de 9 % à 36 % pour celles qui ont trois difficultés et plus.

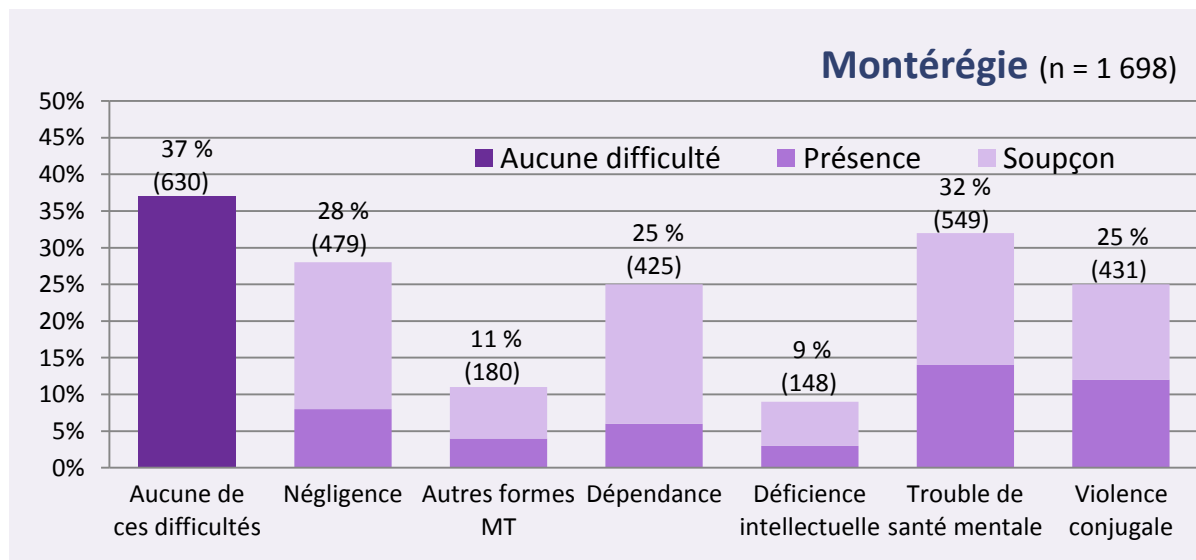


**Figure 1 : Familles SIPPE selon le nombre de difficultés présentes et soupçonnées**



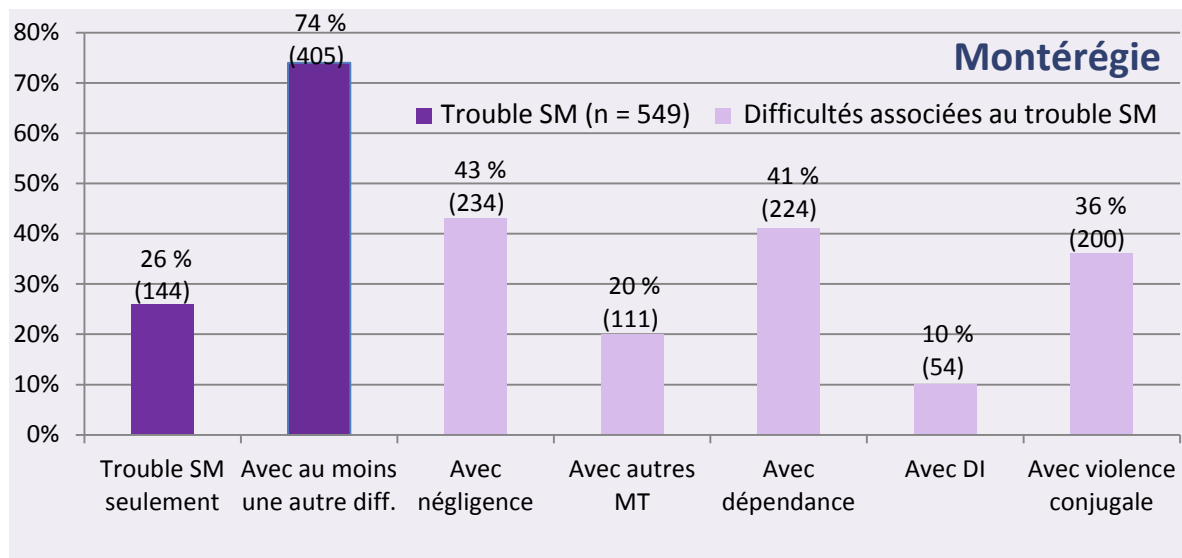
Les troubles de santé mentale sont rapportés pour 549 familles SIPPE, soit 32 % d’entre elles (figure 2). Cette proportion est très variable d’un CSSS à l’autre, soit de 16 % à 50 %. Trois CSSS se distinguent en ayant une difficulté autre que les troubles de santé mentale au premier rang (données non présentées). Comme indiqué à la figure 2, les autres difficultés les plus souvent rapportées sont la négligence (28 %), la dépendance (25 %) et la violence conjugale (25 %). Il est à noter que la figure 2 est la seule à faire une distinction entre la présence et le soupçon des difficultés.

**Figure 2 : Familles SIPPE selon le type de difficulté présente ou soupçonnée**

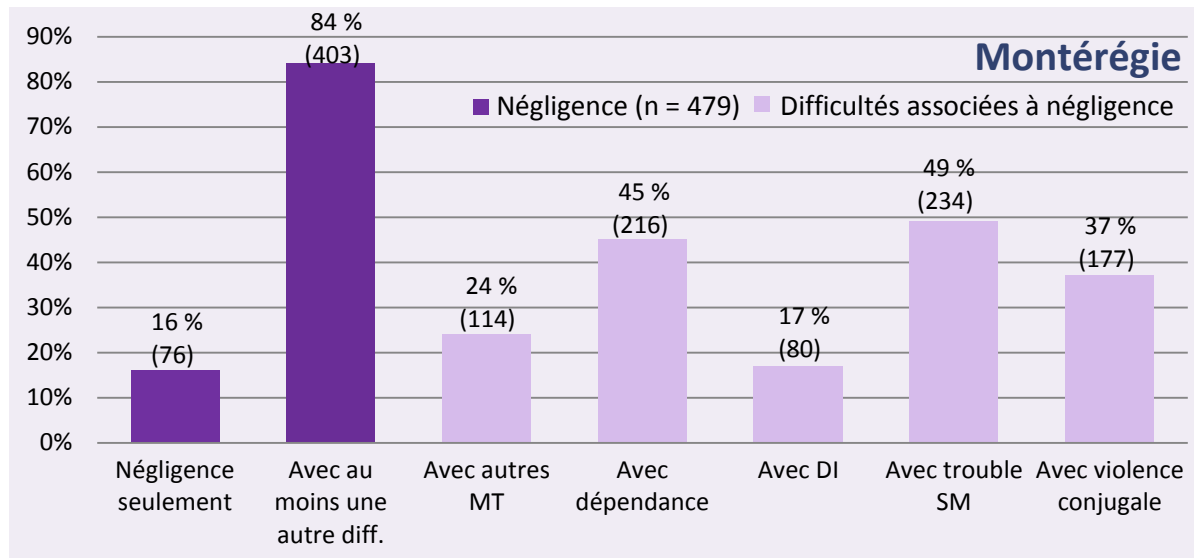


Les figures 3 et 4 nous permettent de constater qu’une difficulté se présente rarement seule. En effet, parmi les familles avec un trouble de santé mentale, 74 % vivent au moins une autre difficulté (figure 3), la négligence étant la plus importante. Comme le démontre la figure 4, 84 % des familles qui vivent de la négligence ont au moins une autre difficulté, les troubles de santé mentale étant au premier rang. Selon le CSSS, ces proportions varient de 70 % à 100 % pour les familles avec un trouble de santé mentale et de 59 % à 90 % pour celles en situation de négligence (données non présentées). Les autres difficultés les plus fréquemment rapportées chez les familles ayant des troubles de santé mentale ou en situation de négligence sont la dépendance et la violence conjugale.

**Figure 3 : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté un TROUBLE de SANTÉ MENTALE selon la présence ou non d’une autre difficulté**



**Figure 4 : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté une situation de NÉGLIGENCE selon la présence ou non d’une autre difficulté**

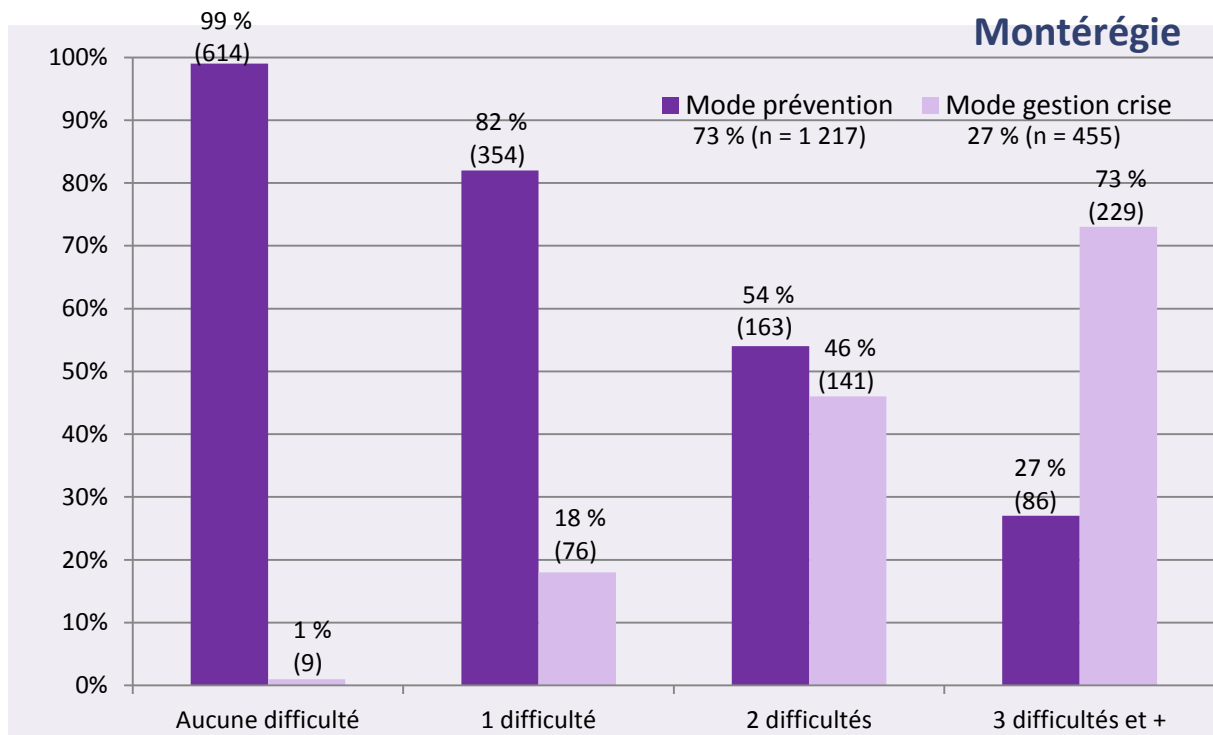


Les figures qui présentent les familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté d'autres formes de **maltraitance**, de la **dépendance**, de la **déficience intellectuelle** et de la **violence conjugale** selon la présence ou non d'une autre difficulté se retrouvent à l'annexe 3.

## Section 2 : Mode d'intervention privilégié

La figure 5 nous révèle que le mode d'intervention « prévention » demeure celui qui est prépondérant auprès de la grande majorité des familles SIPPE, soit pour 73 % d'entre elles. Les intervenantes privilégiées considèrent donc que la majorité du temps de leurs interventions est consacrée à travailler des objectifs de prévention. On remarque toutefois que s'il demeure relativement élevé, ce mode d'intervention est de moins en moins privilégié dès qu'il y a présence de difficultés, passant de 82 % lorsque les familles vivent une difficulté à 27 % lorsqu'elles ont trois difficultés et plus.

**Figure 5 : Mode d'intervention selon le nombre de difficultés présentes et soupçonnées**



Le tableau 2 nous indique que le mode d'intervention « gestion de crise/grande intensité » est le mode d'intervention privilégié auprès des familles en situation de négligence lorsque d'autres difficultés y sont associées (69 %) alors que ce n'est pas le cas lorsque la négligence se présente seule (22 %). Les résultats sont similaires pour les deux autres difficultés documentées, soit pour les familles avec des troubles de santé mentale ou de la violence conjugale.

**Tableau 2 : Mode d'intervention selon le type de difficultés présentes et soupçonnées**

Montérégie	Prévention	Gestion de crise ou grande intensité	Total des familles
Négligence seulement	78 % (58)	22 % (16)	100 % (74)
Négligence avec autres diff.	32 % (123)	69 % (270)	100 % (393)
Santé mentale seulement	83 % (119)	17 % (24)	100 % (143)
Santé mentale avec autres diff.	36 % (143)	64 % (251)	100 % (394)
Violence conjugale seulement	76 % (73)	24 % (23)	100 % (96)
Violence conjugale avec autre diff.	35 % (116)	65 % (212)	100 % (328)

## Faits saillants

- ✓ Seulement 37 % des familles suivies dans les SIPPE n'éprouvent aucune difficulté;
- ✓ Parmi les 1 698 familles SIPPE documentées, 63 % d'entre elles vivent au moins une difficulté dont 18 % deux difficultés et 19 % trois difficultés et plus;
- ✓ La **négligence** et les **troubles de santé mentale** sont les difficultés les plus souvent rapportées (28 % et 32 % respectivement) et les plus fortement associées lorsqu'il y a plus d'une difficulté;
- ✓ La dépendance et la violence conjugale sont également rapportées assez souvent, soit dans une proportion de 25 % chacune;
- ✓ Près du trois quarts des familles qui vivent l'une ou l'autre des difficultés documentées ont au moins une autre difficulté;
- ✓ Le mode d'intervention « prévention » demeure le mode d'intervention prépondérant pour **73 %** (n = 1 217) des familles SIPPE;
- ✓ L'utilisation du mode d'intervention « prévention » diminue selon le nombre de difficultés, passant de 82 % pour les familles avec une seule difficulté à 54 % pour celles avec deux difficultés et 27 % pour celles ayant trois difficultés et plus;
- ✓ Le mode d'intervention « gestion de crise/grande intensité » est le mode d'intervention prépondérant auprès des familles dès qu'elles ont plusieurs difficultés, et ce, peu importe que l'on soit en présence de négligence, de troubles de santé mentale ou de violence conjugale.

## Discussion

Les résultats de ce portrait viennent confirmer qu'une grande proportion des familles suivies dans les SIPPE (63 %) sont aux prises avec des difficultés telles que négligence (et autres formes de maltraitance), dépendance, déficience intellectuelle, troubles de santé mentale et violence conjugale. Les résultats nous démontrent aussi qu'il y a une présence importante de comorbidité parmi les familles qui vivent des difficultés, l'association entre les troubles de santé mentale et la négligence étant au premier rang. Les consultations menées dans le cadre des chantiers d'optimisation des SIPPE ont d'ailleurs conclu que ces familles, où coexistent plusieurs difficultés, ont des besoins complexes exigeant bien souvent une expertise pour laquelle l'intervenante SIPPE n'est pas formée. De plus, les objectifs de prévention visés par les SIPPE s'avèrent difficiles, voire impossibles à atteindre.

Ce portrait nous révèle que le mode d'intervention prévention est le mode d'intervention privilégié auprès de la grande majorité (73 %) des familles SIPPE, et ce, même si 63 % d'entre elles ont au moins une difficulté. Malgré que l'intervention dite « préventive » diminue pour faire place au mode d'intervention « gestion de crise/grande intensité » au fur et à mesure que le nombre de difficultés augmente, il demeure prépondérant auprès de la majorité (54 %) des familles aux prises avec deux difficultés et pour un peu plus du quart (27 %) des familles qui vivent trois difficultés et plus. Ces résultats questionnent quant à l'efficacité d'une intervention dite « préventive » auprès de familles avec des difficultés.

Il apparaît plausible que certaines familles aux prises avec une seule difficulté (26 %) puissent être réceptives et disponibles à travailler des objectifs de prévention dans la mesure où des services spécialisés sont également offerts aux familles (co-intervention). Par contre, l'efficacité d'une intervention de nature préventive auprès de familles qui vivent deux difficultés et plus s'avère davantage questionnable. Dans son avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type SIPPE, l'INSPQ (Beauregard D. et coll. 2010) n'a d'ailleurs pu démontrer l'efficacité des SIPPE auprès d'une clientèle aux prises avec des difficultés, ces services ne pouvant répondre à l'ensemble de leurs besoins. Ces familles ont besoin de services spécialisés qui sont offerts par d'autres programme-services du CSSS ou des partenaires du territoire.

Or, un manque d'arrimage entre les divers programme-services qui desservent la clientèle en périnatalité et en petite enfance a souvent été rapporté par les CSSS depuis l'implantation des SIPPE. Et même lorsque des trajectoires de services sont en place, les services offerts ne correspondent bien souvent pas aux besoins de ces familles dus au fait que peu d'interventions en lien avec le soutien à l'exercice du rôle parental sont offertes par les programme-services autres que les SIPPE.

Pour en arriver à répondre aux besoins des enfants et de leurs parents, notamment ceux présentant des difficultés telles que celles documentées dans ce portrait, il faut d'abord s'assurer d'une vision commune des besoins de ceux-ci et de trajectoires de services claires centrées sur la réponse à leurs besoins (Therrien et coll. 2011). Les zones de collaboration entre les différents programme-services impliqués doivent également être définies de même que les rôles et responsabilités de chacun d'entre eux. Pour répondre adéquatement aux besoins des familles en difficulté, les interventions des divers programmes doivent également prendre en compte le soutien à la parentalité.

Ce portrait des familles SIPPE permet d'avoir une meilleure connaissance du profil des familles qui sont actuellement suivies dans ce programme, préalable nécessaire au travail entrepris dans chaque CSSS pour planifier une organisation de services permettant de mieux répondre aux besoins des enfants et des familles en difficulté.

## Conclusion

La proportion élevée de familles aux prises avec une ou plusieurs difficultés que nous révèle ce portrait vient confirmer de façon éloquente la nécessité de la mise en place d'un continuum en périnatalité et pour la petite enfance situant les SIPPE dans l'axe relatif à la prévention de ce continuum.

La planification de l'organisation des services pour mettre en place ce continuum implique une étroite collaboration et un assouplissement des frontières entre les programme-services interpellés par les difficultés documentées dans ce portrait, et ce, à tous les paliers (local, régional et national). Des trajectoires de services claires entre ces programme-services, accompagnées de rôles et responsabilités bien définis, s'avèrent fondamentales afin d'assurer une transition et une continuité de services sans rupture, dans une perspective de complémentarité des services aux familles.

En orientant graduellement les enfants et les familles aux prises avec des difficultés vers les services spécialisés qui répondent le mieux à leurs besoins, le programme préventif SIPPE pourra se concentrer à mettre en place toutes les composantes pour lesquelles il est reconnu efficace, soit la précocité, la durée et l'intensité, ainsi que sur l'implantation des recommandations pour l'optimisation des SIPPE, et ce, dans le but ultime de favoriser le développement optimal des enfants.



## Références

Beauregard D., L. Comeau et J. Poissant. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*, Institut national de santé publique du Québec, 127 p.

Therrien L. et coll. (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Rapport du comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE* déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 36 p.



## **Annexe 1**

### **Grille de collecte de données**



## Grille : Portrait de la clientèle SIPPE



Cochez la case appropriée

Famille (clients visés par les PI)	DIFFICULTÉS DES FAMILLES												MODE D'INTERVENTION		
	Négligence		Autres formes de Maltraitance		Dépendance		Déficience intellectuelle		Trouble de santé mentale		Violence conjugale		Aucune de ces difficultés	Mode «Prévention»	Mode «Gestion de crise» ou «Grande intensité»
	Signalement retenu	Soupçon	Signalement retenu	Soupçon	Diagnostic	Soupçon	Diagnostic	Soupçon	Diagnostic	Soupçon	Client reconnaît la situation	Soupçon			
F # 1															
F # 2															
F # 3															
F # 4															
F # 5															
F # 6															
F # 7															
F # 8															
F # 9															
F # 10															
F # 11															
F # 12															
F # 13															
F # 14															
F # 15															
CSSS :					CLSC :										
Superviseur clinique/responsable d'équipe/personne désignée :															

## Grille : Portrait de la clientèle SIPPE



Cochez la case appropriée

Familles (clients visés par les PI)	DIFFICULTÉS DES FAMILLES												MODE D'INTERVENTION			
	Négligence		Autres formes de Maltraitance		Dépendance		Déficience intellectuelle		Trouble de santé mentale		Violence conjugale		Aucune de ces difficultés		Mode «Prévention»	Mode «Gestion de crise» ou «Grande intensité»
	Signalement retenu	Soupçon	Signalement retenu	Soupçon	Diagnostic	Soupçon	Diagnostic	Soupçon	Diagnostic	Soupçon	Client reconnaît la situation	Soupçon				
F # 16																
F # 17																
F # 18																
F # 19																
F # 20																
F # 21																
F # 22																
F # 23																
F # 24																
F # 25																
F # 26																
F # 27																
F # 28																
F # 29																
F # 30																
CSSS :					CLSC :											
Superviseur clinique/responsable d'équipe/personne désignée :																

## **Annexe 2**

### **Guide *Portrait de la clientèle SIPPE :* *collecte de données***





# GUIDE



*Collecte de données*

## ***Portrait de la clientèle SIPPE***

*Octobre 2012*

*Direction de santé publique de la Montérégie*

## **Auteurs**

Sylvie Bériault, Direction de santé publique de la Montérégie  
Malorie Toussaint-Lachance, Direction de santé publique de Montréal

## **En collaboration avec**

Julie Beauvais, Direction de santé publique de Montréal  
Laurence Boucheron, Direction de santé publique de Montréal  
Suzanne De Blois, Direction de santé publique de Montréal  
Denise Gendron, Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec  
Marie Houle, Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec

## **Relecture**

Lydia Rocheleau, Direction de santé publique de la Montérégie

*La grille du portrait de la clientèle SIPPE et ce guide qui l'accompagne sont le fruit d'un travail effectué en collaboration entre la Direction de santé publique de la Montérégie et la Direction de santé publique de Montréal. Chaque région a adapté ces outils pour convenir aux modalités de fonctionnement qui leur sont propres.*

## INTRODUCTION

Les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE) reposent sur le principe que l'on doit agir le plus en amont possible des problèmes pour favoriser le développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Sur la base des critères d'éligibilité actuels, les SIPPE rejoignent une clientèle qui présente des facteurs de risque pour le développement des enfants (faible scolarité, faible revenu). Une partie de cette clientèle vit parfois aussi des difficultés qui augmentent le risque de maltraitance ou se trouve déjà en situation de négligence, ce qui rend plus difficile l'intervention « préventive » avec la famille. Les SIPPE sont souvent utilisés pour ces familles comme un filet de sécurité, alors qu'elles requièrent plutôt des services spécialisés. En effet, dans son *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type SIPPE en fonction de différentes clientèles* (2010), l'INSPQ conclut qu'un programme préventif de type SIPPE ne permet pas à **lui seul** de répondre aux besoins particuliers des familles aux prises avec ce type de difficultés.

Par ailleurs, les CSSS rapportent que trop souvent, il y a un manque d'arrimage entre les divers programmes/services qui desservent la clientèle en périnatalité et petite enfance et que, même lorsque les continuums de services existent, ils sont parfois déficients à assurer un relais de services qui répondent vraiment aux besoins de la clientèle. De plus, il semble que, mis à part les SIPPE, les autres programmes/services offrent souvent peu d'interventions destinées à soutenir le développement optimal des enfants et la parentalité. Les Chantiers d'optimisation des SIPPE, réalisés dans ce contexte par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de 2008 à 2011, ont donné lieu à des recommandations qui visent, entre autres, le déploiement d'un continuum des services en périnatalité et en petite enfance et l'amélioration des liens entre les SIPPE et le programme d'intervention en négligence.

Pour faire suite à ces recommandations, de nouvelles directives émises par le MSSS ont récemment été transmises aux établissements afin de permettre l'orientation des enfants et des familles vers le programme répondant le mieux à leurs besoins (voir *Infolettre* sept. 2012). Chaque CSSS aura donc à planifier l'organisation des services offerts en Famille-Enfance-Jeunesse pour la mise en place d'un continuum de services en périnatalité et en petite enfance, celui sur la négligence étant le premier programme-service à être mis en place. D'ailleurs, une allocation récurrente pour l'implantation d'un programme d'intervention en négligence dans tous les CSSS du Québec vient d'être octroyée par le MSSS.

La réalisation d'un **Portrait local de la clientèle SIPPE** permettra à chaque CSSS de connaître la proportion de familles qui présentent des facteurs de risque et celles qui vivent une ou plusieurs difficultés. Ce portrait contribuera à guider la réflexion pour mettre en place des différents continuums de la **prévention** aux **services spécialisés** pour ultimement permettre à chaque CSSS d'offrir le **bon programme**, à la **bonne personne**, au **bon moment**.

Cette collecte de données, approuvée autant par les membres de la Table des directeurs FEJ que la Table de coordination des responsables de santé publique (TCRSP) se fera par le biais d'une grille simple et **n'exige pas la consultation des dossiers**. Il s'agit d'une « photo » actuelle des familles SIPPE au moment de la collecte. Vous trouverez une description plus détaillée de la méthodologie retenue et des informations visées par la cueillette dans les pages suivantes. Un rapport faisant état du portrait de la clientèle SIPPE pour chaque CSSS ainsi que pour toute la Montérégie sera produit par la DSP et vous sera transmis par la suite.

# MODALITÉS POUR REMPLIR LES GRILLES

## **Méthode de collecte**

Dans le but d'obtenir un portrait de la clientèle SIPPE, le plus **homogène** et le plus **juste** possible, les modalités de collecte de données suivantes vous sont proposées :

- La superviseure clinique, la responsable d'équipe ou la personne désignée par le chef de programme est responsable de la collecte de données sur son territoire et d'accompagner la démarche en s'assurant que chacune des intervenantes privilégiées saisit bien la façon de remplir la grille et que celle-ci soit bien complétée. Elle est également responsable de s'assurer que toutes les intervenantes privilégiées aient rempli la grille à l'échéancier et d'effectuer l'envoi des grilles complétées.
- **Cet exercice est une appréciation globale du portrait des familles et n'exige pas le recours au contenu des dossiers. Il n'exige pas non plus de chercher à poser un diagnostic sur des situations observables dans les familles.**
- La clientèle visée par cette collecte de données est les familles qui sont admises dans les SIPPE et qui font partie des charges de cas des professionnels au moment de la collecte. Le terme « *famille* » réfère, dans la majorité des cas, à la mère. Cependant, il arrive que ce soit le père ou une autre personne qui agit en tant que principal donneur de soins auprès de l'enfant et qui est visé par le PI de l'intervenante privilégiée SIPPE. Pour ces situations, c'est alors le père ou un donneur de soins significatif qui est le client qui apparaîtra dans la grille.

**ATTENTION** : Afin d'éviter qu'une famille soit compilée plus d'une fois dans la grille, veuillez inclure les familles pour lesquelles l'intervenante agit comme **intervenante privilégiée** et pour lesquelles **elle a élaboré un PI** (et non toute sa charge de cas).

- Pour chacune des familles, l'intervenante privilégiée indique les difficultés observées et le mode d'intervention qu'elle fait généralement avec cette famille (voir l'exemple en p.7 du guide et au besoin, se référer aux définitions suggérées aux p. 8 et 9). Les difficultés des familles sont validées et discutées avec la superviseure clinique/responsable d'équipe ou la personne désignée afin d'assurer une certaine homogénéité dans la façon de compléter la grille.
- Pour simplifier le processus, veuillez fournir une grille par intervenante privilégiée. Les numéros attribués aux familles ne sont pas importants, ils servent uniquement à s'assurer que toutes les familles sont entrées dans la grille; chaque intervenante privilégiée aura une famille #1 (F#1), une famille #2 (F#2) et ainsi de suite. S'il advenait qu'une intervenante privilégiée était responsable du PI de plus de 30 familles (maximum prévu dans la grille), elle peut poursuivre son entrée de données sur une 2<sup>e</sup> grille. Elle inscrira alors sa trente et unième famille en F#1 d'une nouvelle grille, sa trente-deuxième en F#2, etc.
- Sur la grille, les intervenantes privilégiées ne sont pas identifiées, seul le nom de la superviseure clinique/responsable d'équipe/personne désignée doit être indiqué de même que le nom du CSSS.
- Selon le prétest réalisé, nous estimons à environ une heure par intervenante privilégiée le temps nécessaire pour remplir la grille (pour une charge de cas moyenne de seize à vingt familles).

## ***Échéancier, envoi des grilles terminées et des commentaires***

S.V.P., veuillez remplir la grille avant le **26 octobre 2012**

Les grilles remplies peuvent être retournées à la DSP par la poste, par fichier électronique ou par télécopieur au fur et à mesure qu'elles sont terminées. **La superviseure clinique/responsable d'équipe/personne désignée doit toutefois s'assurer que toutes les intervenantes privilégiées ont rempli la grille au 26 octobre.** La DSP traitera les données au fur et à mesure qu'elle les recevra et vous retournera votre portrait dès qu'il sera terminé. **Donc plus vite les grilles nous parviendront, plus vite vous recevrez votre portrait de la clientèle SIPPE.**

Voici les coordonnées pour nous faire parvenir les grilles :

### **Barbara Bédard**

Programme Enfance-jeunesse  
1255, rue Beauregard  
Longueuil (Québec) J4K 2M3  
Téléphone : 450 928-6777 poste 3091  
Télécopieur : 450 928-3694  
[b.bedard@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:b.bedard@rrsss16.gouv.qc.ca)

**Pour toutes questions supplémentaires, veuillez contacter l'accompagnatrice petite enfance de votre territoire:**

Sylvie Bériault:	450-928-6777 poste 3182	CSSS Champlain—Charles-Le Moyne, du Suroît, Haut-Richelieu—Rouville et Haut-St-Laurent
Luce Bordeleau:	450-928-6777 poste 3028	CSSS Richelieu-Yamaska, La Pommeraie, de Vaudreuil-Soulanges et Haute-Yamaska
Lydia Rocheleau :	450-928-6777 poste 3038	CSSS Pierre-De Saurel, Jardins-Roussillon et Pierre-Boucher



## Comment remplir la section « Difficultés des familles » ?

Six difficultés que peuvent vivre les familles sont inscrites dans la grille (section « Difficultés des familles »). Il s'agit des difficultés documentées dans les Chantiers d'optimisation des SIPPE, soit :

- Négligence
- Autres formes de maltraitance
- Déficience intellectuelle
- Problèmes de santé mentale
- Dépendance
- Violence conjugale

Des définitions de ces difficultés, des repères pour la collecte et des exemples concrets vous sont fournis dans les pages suivantes pour faciliter la complétion des grilles.

Dans la grille, pour chaque familles/clients visés par les PI (mère, père ou autre donneur de soin significatif), l'intervenante privilégiée doit indiquer si ces difficultés sont observables dans la famille. De plus, pour chaque difficulté observée, l'intervenante privilégiée a deux choix :

Préciser que la difficulté **est présente**, c'est-à-dire qu'elle a été **diagnostiquée** ou encore que le client **reconnaît** le problème. Pour les besoins de la collecte de données, les critères qui permettent de déterminer si la difficulté est véritablement présente sont les suivants :

**Négligence** : Lorsqu'il y a un signalement retenu par la DPJ qui est encore en traitement (suivi pour négligence actif actuellement)

**Autres formes de maltraitance** : Lorsqu'il y a un signalement retenu par la DPJ qui est encore en traitement (suivi pour maltraitance actif actuellement)

**Dépendance** : Lorsqu'un diagnostic a été posé à la suite d'une évaluation

**Déficience intellectuelle** : Lorsqu'un diagnostic a été posé à la suite d'une évaluation

**Trouble de santé mentale** : Lorsqu'un diagnostic a été posé à la suite d'une évaluation

**Violence conjugale** : Lorsque le client reconnaît la situation

**OU**

Préciser que l'intervenante privilégiée **soupçonne** la présence de cette difficulté : des observations d'indices cliniques l'amènent à soupçonner fortement la présence de cette difficulté dans la vie du client. Les soupçons sont suffisamment grands pour que l'intervenante reste vigilante face à la possibilité que cette difficulté puisse avoir un impact négatif sur les compétences parentales ou le développement de l'enfant.

Par exemple, si l'intervenante observe de la « Négligence », le crochet ou le « X » à indiquer devra apparaître **soit** sous « Signalement retenu », **soit** sous « Soupçon ». Ou encore, si l'intervenante privilégiée mentionne que la mère présente des signes d'un trouble de santé mentale, elle devra préciser si le trouble de santé mentale a fait l'objet d'un « Diagnostic » **ou** si elle « Soupçonne » que la mère a un trouble de santé mentale.

Dans la grille, la même famille peut avoir des « X » pour plusieurs difficultés (diagnostiquées ou soupçonnées). Une famille peut également n'avoir aucun « X » dans les 6 premières colonnes de la section « Difficultés des familles ». Dans ce cas, on cochera dans la colonne « Aucune de ces difficultés ».

## Comment remplir la section « Mode d'intervention » ?

Les deux dernières colonnes à la droite de la grille servent à apprécier globalement le type d'intervention que l'intervenante privilégiée réalise généralement avec chacune de ses familles. Elle doit mettre un « X » dans la colonne de l'un **ou** l'autre de ces deux modes d'intervention, soit: *prévention* **ou** *gestion de crise/haute intensité d'intervention*. **Cette section doit être complétée pour toutes les familles, qu'elles vivent des difficultés ou non.** Voici une définition de ces deux modes d'intervention :

### **Intervention en mode « prévention »**

**Généralement**, lors des visites à domicile, **la majorité du temps d'intervention** de l'intervenante privilégiée est consacrée à travailler des objectifs de prévention avec la famille/client (par exemple : travailler sur l'attachement mère-enfant, aborder la question de l'allaitement maternel, soutenir la mère dans ses efforts pour établir la routine quotidienne de son enfant, etc.) Par ailleurs, il est possible que l'intervenante privilégiée observe quand même des difficultés mentionnées dans la grille, mais ces difficultés ne prennent pas toute la place dans le suivi de la famille/client.

**OU**

### **Intervention en mode « gestion de crise » ou « grande intensité »**

En plus de présenter plusieurs facteurs de risque, la famille/client est aux prises avec des difficultés importantes telles que négligence, problèmes de santé mentale, trouble de personnalité, déficience intellectuelle, violence, et/ou dépendance, et l'intervenante privilégiée doit **régulièrement ou la plupart du temps** gérer des crises (situations urgentes, désorganisation, etc.). Elle peut difficilement ou pas du tout travailler des objectifs de prévention avec elle.

## Exemple d'une grille remplie

Dans cet exemple, l'intervenante privilégiée est en charge du PI d'une famille qui vit trois (3) difficultés majeures et avec qui elle a l'impression de constamment faire de la gestion de crises.

La deuxième famille de cette intervenante est monoparentale et le réfrigérateur est souvent peu rempli, mais elle ne vit aucune des difficultés visées par la grille et l'intervenante arrive à travailler en prévention avec elle la plupart du temps.

Toujours dans cet exemple, dans la 3<sup>e</sup> famille de l'intervenante privilégiée, la mère semble très angoissée, mais n'a jamais été diagnostiquée et n'est pas traitée pour son anxiété. L'intervenante arrive quand même à travailler en prévention avec elle. Dans cette famille, le père consomme régulièrement de la drogue selon la mère, mais il est presque toujours absent parce qu'il travaille dans le Nord du Québec et sa consommation de drogue ne fait pas partie des objectifs du PI de l'intervenante privilégiée. Conséquemment, il n'y a pas de « X » dans la case « Dépendance ».

Familles (clients visés par les PI)	Difficultés											Aucune difficulté	Mode d'intervention			
	Négligence		Autres formes de maltraitance		Dépendance		Déficience intellectuelle		Trouble de santé mentale		Violence conjugale		Aucune de ces difficultés	Mode « Prévention »	Mode « Gestion de crise »	
	Signalement retenu	Indices de négligence	Signalement retenu	Indices de maltraitance	Diagnostic	Indices	Suivi par le CRDI	Indices	Diagnostic	Indices	Client reconnaît la situation					Indices
F #1	X				X							X			X	
F #2													X	X		
F #3										X				X		

## DÉFINITIONS DES DIFFICULTÉS DES FAMILLES

Afin d'avoir une compréhension commune des « Difficultés des familles » et de la façon de remplir les grilles, vous pouvez vous référer aux définitions ci-jointes, comme cité dans la littérature. **Nous vous rappelons que cet exercice est une appréciation globale du portrait des familles et n'exige pas le recours au contenu des dossiers.** Pour remplir la grille, **il ne faut pas non plus chercher à poser un diagnostic sur les problèmes des familles** : soit le diagnostic a déjà été posé à la suite d'une évaluation, soit l'intervenante soupçonne la présence d'un problème sur la base de ses observations et de son jugement clinique.

### **Négligence**

La négligence est un état de carence conséquent à l'absence de soins requis pour la sécurité et le développement physique, psychologique, affectif et social de l'enfant. Elle résulte d'une perturbation de la relation parent-enfant et du rapport famille-environnement. Elle entraîne des impacts négatifs sur le développement et la sécurité de l'enfant, ce qui peut se manifester notamment par des comportements dysfonctionnels et elle peut également avoir une incidence traumatique<sup>1</sup>. La négligence peut se présenter sous différentes formes, selon la nature des **gestes d'omission**<sup>2</sup> :

#### **Physiques**

Non-satisfaction des besoins alimentaires, vestimentaires, d'hygiène ou de logement, compte tenu des ressources disponibles.

#### **Des soins de santé**

Les soins requis en matière de santé physique ou mentale ne sont pas assurés.

#### **Éducatives**

Défaut de répondre aux besoins essentiels d'éducation (apprentissage, connaissances, scolarisation, permissivité en ce qui a trait à l'absentéisme scolaire chronique) de surveillance ou d'encadrement, compte tenu des besoins de l'enfant.

#### **Affective ou psychologique**

Il peut notamment y avoir indifférence, non-approbation, isolement, etc.

### **Autres formes de maltraitance**

#### **Mauvais traitements psychologiques**

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

#### **Abus sexuels/ Abus physiques**

Lorsque l'enfant subit : des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ;

Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel (avec ou sans contact physique), des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation.

<sup>1</sup> Définition proposée par le *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : Nouvelle génération (PAPFC)* développée par le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois Rivières

<sup>2</sup> Selon les experts consultés dans le cadre des Chantiers d'optimisation des SIPPE, il se dégage un certain consensus concernant les principales catégories de négligence. Les formes reprises ici sont identifiées à partir de la LPJ, art. 38 b 1 et du Rapport du comité d'experts sur la révision de la loi sur la protection de la jeunesse.



### **Problèmes de santé mentale/troubles mentaux**

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Text Revision* (DSM-IV-TR)<sup>3</sup> divise les problèmes de santé mentale en 16 grandes catégories, comme les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles alimentaires, etc. De plus, chaque grande catégorie de trouble mental se subdivise en de multiples troubles mentaux : dépression, dysthymie, trouble bipolaire, trouble obsessionnel-compulsif, personnalité limite (borderline), anorexie, etc. Puisqu'ils sont nombreux et présents à divers degrés, définir chacun de ces problèmes de santé mentale s'avère plutôt fastidieux et peu pertinent pour les besoins de cet exercice.

### **Déficience intellectuelle**

« La *déficience intellectuelle* se réfère à des limitations substantielles dans le fonctionnement actuel d'un individu. Elle est caractérisée par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, et concomitant à des limitations reliées dans au moins deux des domaines suivants d'habiletés adaptatives : la communication, les soins personnels, les habiletés domestiques, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et le travail. La déficience intellectuelle se manifeste avant l'âge de 18 ans. »<sup>4</sup>

« On parle de la déficience intellectuelle lorsque des limites intellectuelles et adaptatives affectent la capacité de la personne à faire face aux défis de la vie quotidienne dans sa communauté. Les personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent également présenter des incapacités ou des déficiences physiques (motrices, sensorielles), des problèmes de santé physique ou mentale, de l'autisme et d'autres troubles envahissants du développement, ou encore, des troubles de comportement. »<sup>5</sup>

### **Violence conjugale**

La **violence conjugale** comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra-conjugale ou amoureuse, à tous les âges de la vie.

### **Dépendance**

Le DSM-IV-TR<sup>6</sup> présente la dépendance à une substance comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Elle se manifeste par l'apparition d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an.

- Une tolérance (ou accoutumance) qui se traduit soit par une augmentation des doses pour un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial.
- Un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- Une incapacité à gérer sa propre consommation, l'usager consomme plus longtemps ou plus qu'il ne le voulait.
- Des efforts infructueux pour contrôler la consommation.
- Un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit.
- Les activités sociales, culturelles ou de loisir sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne.
- Une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

Tolérance et sevrage constituent la dépendance physique, et ne recouvrent que deux critères sur 7. Il est donc possible d'être dépendant au sens du DSM-IV-TR sans avoir développé de tolérance physique.

<sup>3</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, Arlington, VA. 2000.

<sup>4</sup> Association américaine sur le retard mental, *Retard mental, définition, classification et systèmes de soutien*, 1992, Baltimore, AARM, 1992, 179 p.

<sup>5</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. *De l'intégration sociale à la participation sociale, Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, Québec, 2001, 111 p.

<sup>6</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, Arlington, VA. 2000.

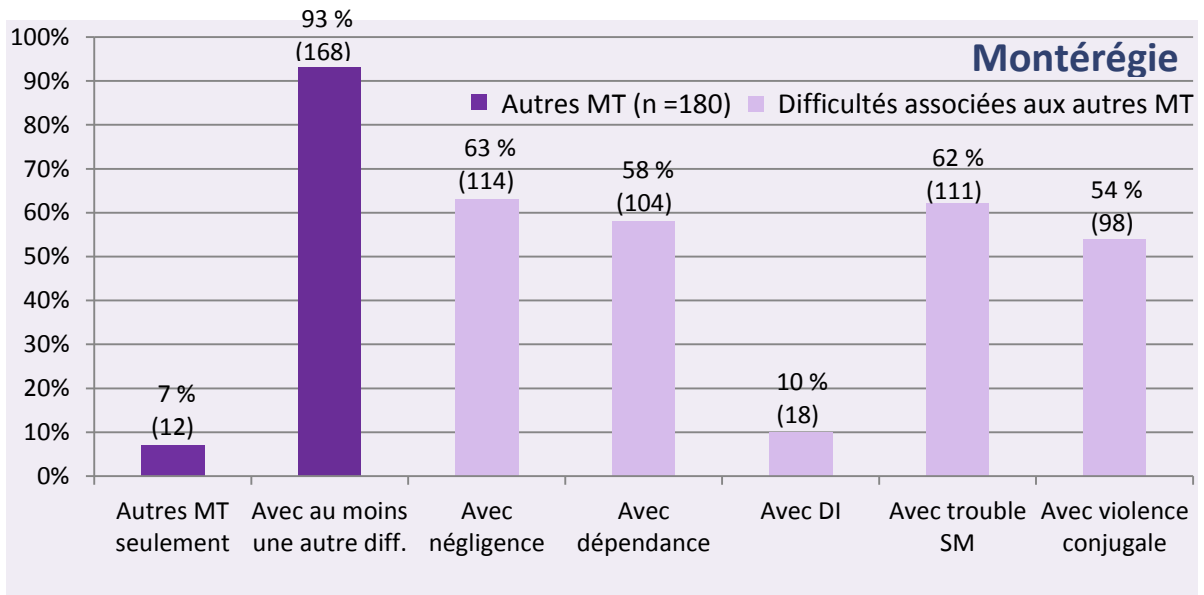


## **Annexe 3**

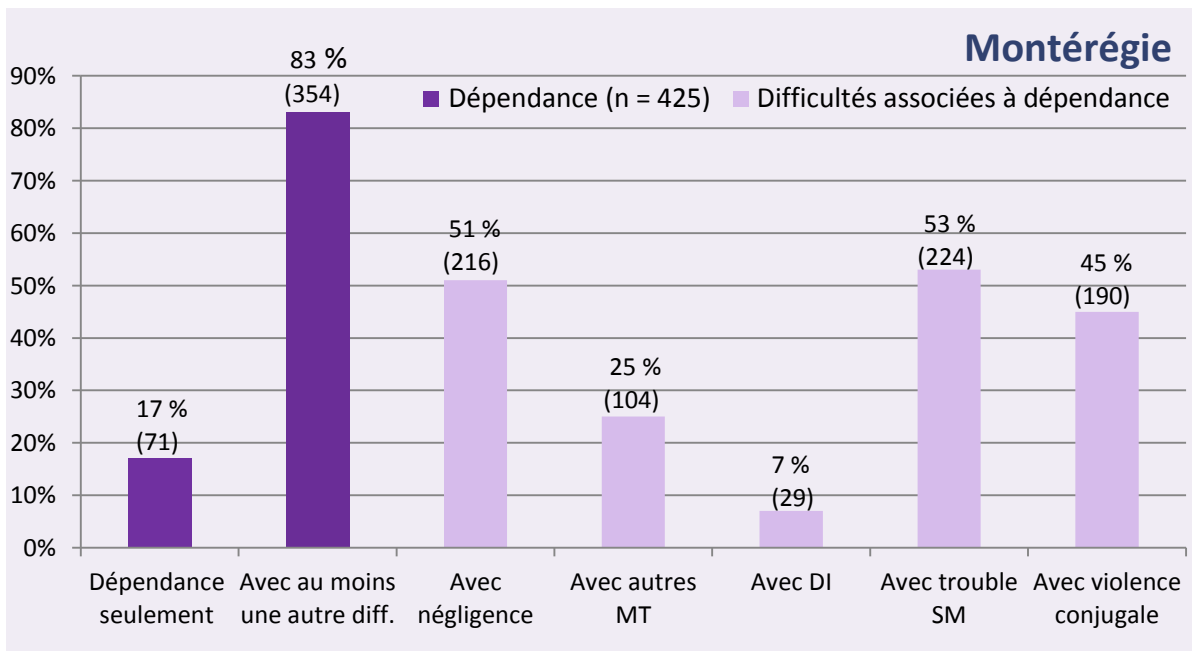
**Figures présentant les familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté d'autres formes de maltraitance, de la dépendance, de la déficience intellectuelle et de la violence conjugale selon la présence ou non d'une autre difficulté**



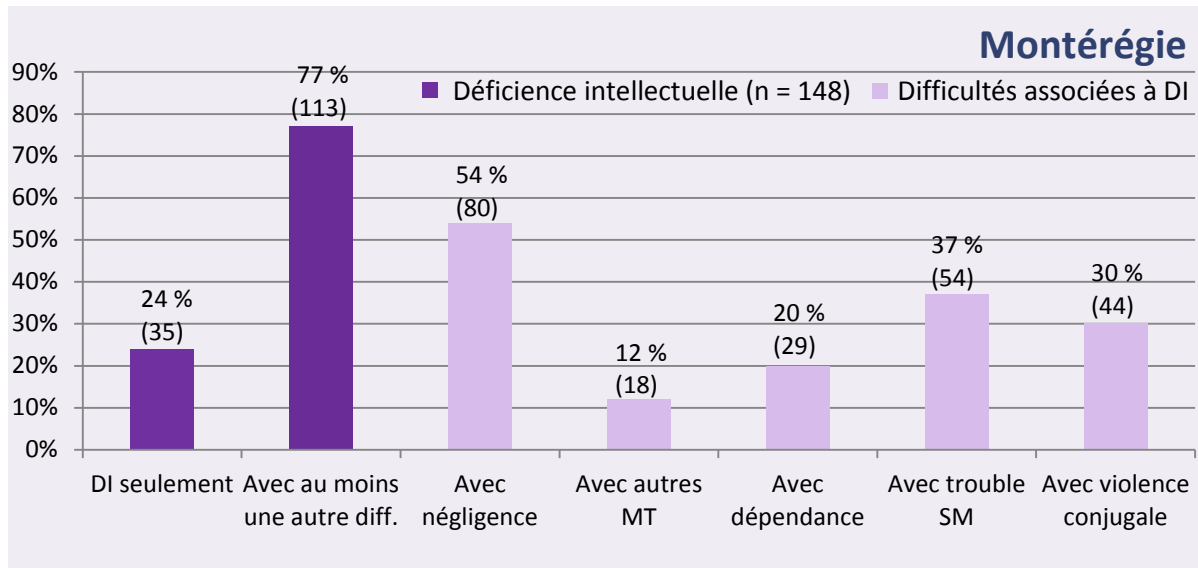
**Figure A : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté d'autres FORMES de MALTRAITANCE selon la présence ou non d'une autre difficulté**



**Figure B : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté une situation de DÉPENDANCE selon la présence ou non d'une autre difficulté**



**Figure C : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté une situation de DÉFICIENCE INTELLECTUELLE selon la présence ou non d'une autre difficulté**



**Figure D : Familles SIPPE pour lesquelles on a rapporté une situation de VIOLENCE CONJUGALE selon la présence ou non d'une autre difficulté**

