



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire

À chaque enfant son projet de vie permanent

Un programme d'intervention



0 à 5 ans

À chaque enfant son projet de vie permanent

Un programme d'intervention

Francine Paquette,
conseillère en développement de programmes

DSPR

Février 2004

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN : 2-89218-154-2

Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, 2004

Tous droits réservés

Distribué par la bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire

Téléphone : (514) 896-3396 ; Télécopieur : (514) 896-3483

Courriel : bibliotheque@mtl.centresjeunesse.qc.ca

Le développement de ce programme a été grandement facilité par un soutien financier de la Fondation Lucie et André Chagnon. Nous la remercions chaleureusement.



Contributions au développement du programme

Gestion du projet

Denise LALANDE, directrice adjointe, DPJ

Michelle DIONNE

Colette LAVALLEE

Support au développement du programme et rédaction du document

Francine PAQUETTE, conseillère en développement de programmes

Membres du comité de pilotage

Lise Bouchard, agent de formation

Nathalie BIBEAU, adjointe clinique

Alain DALPE, coordonnateur

France DE GARIE, chef de service

Denis DUPUIS, chef de service

Danielle LALANDE, chef de service

Nathalie LAMOTHE, adjointe clinique

Hugues LETOURNEAU, adjoint au directeur du contentieux

Nathalie ROY, adjointe clinique

Support à la mise en place d'un outil de suivi informatisé

François SENNEVILLE, analyste informatique

Jean-Guy LAFLEUR, analyste informatique

Mise au point de la grille de dépistage

Gloria GOMEZ, intervenante

Lise ROBITAILLE, intervenante

Denise THERIAULT, éducatrice

Danielle TRUDEAU, éducatrice

Geneviève TURCOTTE, chercheure à l'IRDS

Examen de la pertinence des éléments d'évaluation

Yvonne LEMUS, intervenante

Thérèse NADEAU, psychologue

Danielle Trudeau, éducatrice

Balises d'intervention pour les activités cliniques du programme

Manon BELANGER, intervenante

Michèle CARON, conseillère clinique

Louise DESJARDINS, psychologue

Linda FERLAND, intervenante

Nathalie LAMOTHE, adjointe clinique


Francine PAQUETTE, conseillère en développement de programmes

Lise DE RANCOURT, éducatrice

Claudette PINEAULT, intervenante

Céline ROCH, intervenante

Nathalie ROY, adjointe clinique



Suzanne RAINVILLE, psychologue
Michelle ST-ANTOINE, psychologue
Denise THERIAULT, éducatrice
Danielle TRUDEAU, éducatrice
Josée WADDELL, intervenante

Adaptation de la grille de Steinhauer

Lise BOUCHARD, agent de formation
Lise DE RANCOURT-PILOTTE, éducatrice
Louise DESJARDINS, psychologue
Louisianne GAUTHIER, psychologue
Francine PAQUETTE, conseillère en développement de programmes
Suzanne RAINVILLE, psychologue



Table des matières

Introduction	1
Origine du programme	3
La théorie sur le problème	5
Facteurs cliniques	7
Facteurs organisationnels.....	9
La théorie d'action	11
But du programme	11
Objectifs du programme	12
La théorie du programme	14
Le processus d'intervention	17
Schéma du processus d'intervention	23
Les ressources	29
Les fondements théoriques	29
Le dépistage de la clientèle	29
L'évaluation de la situation.....	29
La prise en charge	30
Le suivi clinique et de gestion.....	30
Guide pour l'intervention	31
Assurer le développement identitaire de l'enfant	33
Le développement de l'identité : guide pour l'intervention	33
Définition de l'identité pour les enfants placés.....	34
La tenue du dossier... une part d'héritage.....	34
La délicate question : « Qui sont papa et maman ? ».....	35
Le changement de nom d'un enfant	35
La tenue d'un livre de vie	36
Favoriser le développement d'un lien d'attachement	39
L'enjeu du lien d'attachement	39
Les types d'attachement	40
Comment identifier les troubles de l'attachement : guide pratique.....	42
Le développement de la qualité du lien : guide pour l'intervention.....	46
Lorsqu'un enfant présente des troubles sévères d'attachement : principes d'intervention.....	50
Stimuler le développement des compétences parentales	53
Les concepts	53
Les compétences parentales	54
Les étapes d'intervention	57
Les ressources	58



Encadrer les contacts parents-enfant	59
Principes de bases	59
Objectifs des contacts parents/enfant	62
Évaluation des capacités parentales.....	66
Clarifier la situation familiale et le projet de vie de l'enfant.....	68
Interruption des contacts parents-enfants	69
Les contacts avec les grands-parents	70
Les contacts avec la fratrie	70
Séparer un enfant de ses parents et de sa fratrie lorsque la situation l'exige	71
Quelques critères pour considérer une séparation	71
Éléments d'ordre affectif influençant la décision	73
Lexique	81
Bibliographie	85
Annexe 1 : Grille de dépistage	87
Annexe 2 : Monitoring des données	95
Annexe 3 : Q-Sort des comportements maternels	105
Annexe 4 : Q-Set sur le comportement d'attachement	111
Annexe 5 : Lettres types	119
Annexe 6 : Livre de vie	131
Index	135



Introduction

Le document qui suit offre une description du programme *À chaque enfant son projet de vie permanent*. Il constitue un guide pour la pratique, un outil de référence pour les acteurs de la mise en œuvre du programme. Il sert également d'outil de référence aux divers partenaires internes et externes qui peuvent s'y référer pour mieux comprendre la logique du programme et ses mécanismes de fonctionnement.

La préoccupation concernant l'établissement d'un projet de vie stable et permanent pour les enfants référés aux centres jeunesse n'est pas nouvelle. Nous verrons, dans la première section du document, portant sur l'origine du projet, comment les réflexions antérieures ont influencé le développement actuel du programme.

Puis, dans la section intitulée « théorie sur le problème » nous présenterons une description de la problématique. Nous y retrouverons une définition de la clientèle du programme, une analyse des problèmes rencontrés et des besoins associés à cette problématique.

Ensuite, une section intitulée « théorie d'action » décrira les buts du programme, les objectifs et les rationnels théorique et clinique motivant leur choix.

La section suivante décrira le processus d'intervention, c'est-à-dire : les critères de sélection en vertu desquels la clientèle se voit intégrée dans le programme, la séquence d'intervention, les outils utilisés, et l'approche préconisée.

Puis, dans la section qui suit, les ressources humaines et matérielles nécessaires à la mise en œuvre du programme seront identifiées.

La sixième section du document offrira diverses balises d'intervention associées aux enjeux de la prise en charge des situations à risque de dérive du projet de vie, dont : le développement identitaire de l'enfant, le développement du lien d'attachement, le développement des compétences parentales, l'encadrement des contacts parents-enfant et la séparation d'un enfant de ses parents ou de sa fratrie lorsque la situation l'exige.

La dernière partie du document propose un lexique. On y retrouve à la fois une description du sens accordé à certains termes dans le programme, mais aussi des précisions concernant quelques notions conceptuelles.

Enfin, une série de six annexes présente divers outils utilisés dans le programme.



Origine du programme

Le développement du programme *À chaque enfant son projet de vie permanent* fait suite aux travaux d'un comité mis sur pied par la Table des DPJ¹ à l'automne 1995. Comité à qui l'on confie le mandat de réfléchir à deux aspects liés à la problématique des enfants à risque ou en voie d'abandon : le dépistage de ces enfants et la notion d'élaboration d'un projet de vie qui réponde aux besoins de chaque enfant.

Les travaux du comité donnent lieu, en 1997, à la publication d'un document intitulé *En vue d'assurer à tout enfant un projet de vie permanent* dans lequel sont proposés des outils cliniques et administratifs pouvant servir au dépistage précoce du risque d'abandon et permettant de fournir une connaissance systématique de la situation des enfants à risque ou en voie d'abandon.

Au Centre jeunesse de Montréal, un comité d'implantation formé au printemps 2000 reçoit le mandat d'expérimenter le modèle d'intervention dans le cadre d'un projet pilote. Trois grands objectifs d'implantation sont alors déterminés. Premièrement, mettre en place les conditions permettant l'appropriation du modèle d'intervention, c'est-à-dire favoriser l'acquisition par les acteurs concernés d'une bonne connaissance de la problématique, du processus clinique et des grandes étapes de réalisation de l'intervention et susciter l'adhésion aux valeurs sous-tendues par le modèle d'intervention. Deuxièmement, développer les habiletés nécessaires à la mise en œuvre du projet, c'est-à-dire l'habileté à compléter et interpréter la *Grille de dépistage*, à compléter et interpréter les outils d'évaluation et à identifier et mettre en place les mesures appropriées. Enfin, comme troisième objectif, instaurer un système de suivi des données qui puisse à la fois permettre d'effectuer un suivi de gestion du programme, mais aussi recueillir des données cliniques pour en faire l'analyse et favoriser le développement des connaissances.

Dès le début des travaux de conception du programme, l'intention de procéder à une évaluation de l'expérimentation est affirmée, une telle évaluation étant considérée comme une activité essentielle en vue d'éclairer la prise de décision relative à un éventuel élargissement du programme dans d'autres services.

Cette évaluation est effectuée après 15 mois d'expérimentation dans quatre équipes, dont 2 équipes évaluation-orientation de la DPJ et deux équipes de prise en charge. Un rapport d'évaluation est déposé au comité de direction le 5 novembre 2002, rapport qui contient 12 recommandations, dont une à l'effet de généraliser le programme à l'ensemble des équipes offrant des services aux enfants âgés de 0 à 5 ans. La direction de l'établissement donne son aval aux recommandations et l'implantation du programme débute à l'automne 2003.

¹ La table des DPJ est un regroupement provincial de tous les directeurs de la protection de la jeunesse du Québec. Elle relève de l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Cette table favorise l'échange et permet de déterminer les grandes orientations sur diverses questions d'intérêt.



La théorie sur le problème

Prévenir la « dérive du projet de vie »² pour les enfants est devenu une préoccupation essentielle en raison de l'importance pour le jeune enfant de développer un attachement sécurisant et stable avec une figure d'attachement primaire. Avant que la communauté scientifique ne fasse des avancées dans la compréhension du phénomène de l'attachement, les praticiens souvent mis en face à des situations d'enfants ayant développé des *troubles de l'attachement*,³ comprenaient mal ce qui pouvait causer un tel état de détresse et une telle détérioration du comportement observé chez l'enfant.

C'est en 1958 que Bowlby publia son article intitulé « The nature of the Child's Tie to his mother » suivi par toute une série de publications de Mary Ainsworth sur la théorie de l'attachement apportant un éclairage inestimable à la compréhension de cette problématique. Le postulat de base de cette théorie, marqué par des courants éthologistes, veut que :

Les relations que le jeune enfant établit avec les personnes de son entourage immédiat (généralement surtout la mère) au cours de sa première année de vie lui procurent un sentiment de sécurité ou d'insécurité, lui fournissent en tout cas un "internal working model" selon l'expression de Bowlby, qui déterminera en partie ses futurs rapports sociaux puisque ce modèle intériorisé de soi et d'autrui résiste au changement et ce en y assimilant tout nouvel événement. » (Paquette et Lafrenière, 1994) (p. 18)

Ce lien d'attachement est fondé sur les soins et l'amour rattachant l'enfant à sa mère. Le développement d'un lien d'attachement sécurisant est un facteur décisif du développement normal. Il est essentiel au développement de la confiance en soi et de la capacité d'intimité et il est capital dans le processus de socialisation. L'incapacité pour l'enfant d'établir un lien sélectif durant la petite enfance est associée à des troubles permanents et souvent irréversibles de la socialisation, elle entraîne plus tard toute une série de comportements sociaux inadéquats et compromet sérieusement l'adaptation sociale.

Or, il arrive que le développement de ce lien d'attachement ne puisse s'accomplir en raison du rejet, de l'abandon ou à cause de l'incapacité des parents à reconnaître les besoins de l'enfant ou à y répondre (Steinhauer, 1996).

Si ce lien ne peut s'accomplir pour diverses raisons, la faculté d'attachement de l'enfant demeure momentanément présente. Elle le demeure, néanmoins, seulement pour une courte période :

« [...] plus l'enfant est jeune (le seuil limite étant de 6 mois) plus cette période d'attente est courte, et plus la tolérance chez lui est faible : en fait, dès que le sentiment d'abandon surgit, le processus de deuil ou d'attachement superficiel est engagé pour l'enfant » (Steinhauer, 1996) (p. 45)

² Un « projet de vie » est une situation dans laquelle l'enfant est placé de façon stable et permanente. Cette situation comporte deux dimensions une dimension physique : un milieu de vie, un lieu d'appartenance et une dimension dynamique : une personne significative avec qui l'enfant vit et peut développer un lien d'attachement.

³ Les « troubles de l'attachement » sont un ensemble de symptômes associés à la perte partielle ou totale de la capacité d'attachement d'un enfant.



De fait,

« [...] plus la période d'attente entre le moment de la perte de la figure parentale primaire d'attachement et celui où des mesures sont prises pour procurer de bons substituts parentaux est longue, plus le risque de détachement permanent s'accroît ». (Steinhauer, 1996) (p. 45)

Ainsi, une trop longue période passée dans le vide de l'attente, l'absence de continuité résultant de multiples placements ou l'insuffisance des soins apportés par les parents substituts contribuent à installer un état de détachement permanent. Or cet état de détachement permanent a, comme nous l'avons mentionné précédemment, de graves conséquences.

Différents symptômes sont associés aux troubles de l'attachement. L'enfant devient peu à peu détaché au plan relationnel. Il perd sa capacité de faire confiance et de créer des liens. Sa mise à distance provoque souvent de la déception et risque de susciter un désinvestissement et même la rupture de la relation avec les donneurs de soins substituts (Steinhauer 1996, dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000).

Par ailleurs, la personnalité de l'enfant se trouve souvent affectée, pouvant présenter un état de dépression chronique, de la rage persistante et diffuse (Lemay, 1996 dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000), une faible estime de soi (Gaspari-Carrière dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000) et de la dépendance chronique.

L'enfant risque aussi de développer des problèmes de socialisation (Rutter 1979 dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000), notamment des comportements asociaux et antisociaux en raison d'une incapacité à apprécier de façon empathique les effets de son comportement sur son entourage, en raison d'une insuffisance de la conscience morale ou d'un contrôle inadéquat de ses pulsions (Steinhauer, 1996 dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000).

Enfin, le développement intellectuel de l'enfant risque d'être entravé par sa fermeture au monde extérieur et son inhibition à explorer son environnement (Hazen et Durrett, 1982; Zeanah, 1996; dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000).

Il devient dès lors essentiel de réagir rapidement, d'élaborer un « projet de vie » stable et permanent de façon à ce que puissent se former les bases du concept de soi érigées par l'image intériorisée que l'enfant élabore en fonction de celle que lui renvoient ses figures d'attachement. Or, l'inaction des systèmes sociaux et judiciaires, leur indécision ou leur lenteur à réagir, parce que l'on veut accorder une dernière chance, parce que l'on manque de ressources ou parce que les processus imposent des délais et des remises, mettent en péril la faculté d'attachement de l'enfant en laissant le projet de vie de l'enfant aller à la « dérive ».

«La plupart des intervenants des services de protection utilisent le terme "dérive" pour décrire la situation flottante d'enfants mis en placement qui, en raison de la négligence de l'agence, de passivité ou d'inefficacité, se retrouvent de façon non intentionnelle dans des placements de longue durée où ils sont abandonnés par leurs parents naturels et oubliés par l'agence qui est censée veiller à leur bien-être. » (Steinhauer, 1996) (p. 256)

Cette dérive peut prendre plusieurs formes :

«La dérive de l'enfant déjà placé est bien connue. Il en existe toutefois d'autres formes qui, bien que moins souvent mentionnées, ont une origine similaire et ne sont pas moins destructrices dans leurs effets.»

«La première de ces dérives vient du fait qu'on laisse graduellement se détériorer l'état de l'enfant, en maintenant celui-ci dans sa famille naturelle qui a pourtant donné suffisamment de preuves de son incapacité à répondre à ses besoins. Ce type de dérive tient précisément dans le défaut de prendre un enfant en placement, alors qu'une



évaluation attentive des capacités parentales aurait indiqué que cette mesure était dans son meilleur intérêt.»
«Une autre forme de dérive se produit lorsqu'une agence permet qu'un enfant placé soit sans cesse entraîné —
« rebondisse » serait un meilleur terme — dans des allers et retours correspondant à autant d'essais infructueux
de le réinsérer dans sa famille, laquelle se montre ambivalente ou même franchement rejetante et dont
l'incapacité à répondre à ses besoins aurait pu être reconnue beaucoup plus tôt.» (Steinhauer, 1996) (p. 257)

Mais, pourquoi les systèmes sociaux et judiciaires sont-ils si lents à réagir ? Comment expliquer cette indécision ?

D'abord, il faut bien l'admettre, tant la décision de retirer définitivement un enfant de sa famille que le choix du meilleur moment pour le faire, constitue une redoutable responsabilité. Responsabilité d'autant plus lourde que, dans une telle situation, les choix éventuels comportent tous des risques : risques associés à l'abus, risques associés à la privation du lien d'attachement, risques associés à la séparation d'un enfant de ses parents ou risques associés au placement. C'est le dilemme du « moindre mal » de Steinhauer.

Ensuite, bien que certaines situations dans lesquelles se trouvent les enfants soient parfois évidentes et ne présentent aucun espoir d'amélioration, de nombreuses autres demeurent ambiguës — ni tout à fait noir ni tout à fait blanc. Ces situations sont difficiles à évaluer. Par ailleurs, le manque de ressources, les exigences administratives des systèmes sociaux et judiciaires avec la lourdeur, les reports, le manque de continuité que cela implique, ajoutent à la difficulté.

Mais, malgré ces difficultés, certains facteurs, sur lesquels il est possible d'agir, interviennent.

Facteurs cliniques

Certains facteurs d'ordre clinique nuisent à la prise de décision. Parmi eux se trouvent : la méconnaissance des découvertes sur l'attachement, le manque de repères permettant d'évaluer les capacités parentales, l'idéologie du lien du sang et l'altération du jugement par certaines émotions.

La méconnaissance des découvertes sur l'attachement

Ce ne sont pas tous les intervenants sociaux et tous les juges, à qui il revient ultimement de prononcer la décision, qui connaissent l'importance du lien d'attachement dans le développement de l'enfant. À ce sujet, Steinhauer (1996) fait remarquer que :

« [...] la plupart des juges n'ont eu que peu ou pas de formation en matière de développement de l'enfant et de pathologies infantiles et familiales. » (p.237)

Malgré tout,

« Plusieurs juges admettent maintenant le rôle premier joué par l'attachement entre l'enfant et son parent psychologique et ils font en sorte de protéger ce lien, que ce soit avec un parent naturel, adoptif ou nourricier. Cependant, certains juges ne saisissent pas encore toute l'importance de cet élément ou ils refusent de l'accepter, en raison de leur façon de penser. » (p. 237)

Tout comme pour les intervenants sociaux,



« On observe évidemment aussi chez les juges des différences importantes en ce qui concerne l'intelligence, la sensibilité, l'engagement, l'expérience et la compréhension de ces questions. Le fait d'avoir à rendre des jugements dans des domaines où ils ne sont pas eux-mêmes experts place les juges dans une situation difficile. »
(p. 237)

Face à cette méconnaissance, un sérieux travail de formation chez les intervenants sociaux et de sensibilisation chez les intervenants judiciaires reste à faire.

Le manque de repères permettant d'évaluer les capacités parentales

Comme il n'existe pas de critères clairs, pouvant être reproduits et expérimentalement validés en matière d'évaluation des capacités parentales affirme Steinhauer (1996), l'évaluation repose essentiellement sur le jugement clinique. Or, il se trouve parmi les cliniciens, d'importantes différences de convictions, d'expérience et de formation professionnelles. À ce sujet Steinhauer (1996) fait remarquer que dans certains cas :

« [...] ces professionnels écrasent littéralement le juge sous une masse d'avis confus et contradictoires à partir desquels il deviendra difficile de rendre un jugement équitable. » (p. 234)

Il est donc nécessaire d'offrir des repères et des processus cliniques qui aident les cliniciens à effectuer leur évaluation avec précision et exhaustivité, à déterminer les mesures les plus appropriées et à présenter, si nécessaire, une argumentation étoffée de leur vision qui soit crédible aux yeux du tribunal.

L'idéologie du lien du sang

Beaucoup de chemin a été fait, affirme Steinhauer (1996), depuis l'époque où l'on accordait plus d'importance aux liens du sang qu'aux liens psychologiques. Ces progrès sont dus, d'une part, à la prise de conscience qui s'est largement répandue quant à l'importance du processus d'attachement et, d'autre part, à la notion de *parent psychologique* introduite par Golstein, A. Freud et Solnit (1973).

L'idéologie du lien du sang, c'est la croyance voulant que le rapport biologique entre le parent et son enfant ait une valeur sacrée qui doit être préservée quel qu'en soit le prix. Cette idéologie se base sur la conviction que la place de l'enfant est auprès de ses parents naturels et que le maintien du lien est inaliénable, peu importe la volonté ou la capacité de ceux-ci d'en prendre soin : « rien ne peut remplacer pour l'enfant sa famille naturelle ».

Mais, cette idéologie demeure encore présente. Elle l'est parfois en raison du désir de réparer un préjudice historique infligé à une époque, pas si lointaine, où l'on séparait des mères de leur enfant pour l'unique raison d'une naissance hors mariage, et ce, malgré la volonté et les capacités parentales de la mère. Cette idéologie est aussi parfois présente en raison du désir de réparer une expérience personnelle d'adoption douloureuse.

Face à cela, il est important d'élaborer des stratégies susceptibles de susciter, chez les personnes qui accordent au lien du sang une valeur prépondérante, une reconsidération de leur position, afin qu'elles agissent dans le meilleur intérêt de l'enfant.

L'altération du jugement par certaines émotions

Les émotions ont des impacts directs sur le comportement humain. Elles jouent généralement en faveur de l'intervention, mais agissent parfois à son détriment.



L'identification aux parents

La tendance à s'identifier aux parents en voyant ses propres enfants à travers l'enfant qui vit le problème, aveugle parfois les intervenants sociaux ou judiciaires.

« La route de l'enfer, que plus d'un enfant connaît, est pavée de bonnes intentions de juges qui, réagissant au témoignage éploré d'un parent et saisis de compassion et du désir bien humain de réunir parents et enfants, se trouvent influencés par leurs propres « fantaisies de sauvetage » au point de laisser leur cœur (plutôt que leur raison) leur dicter le jugement qu'ils doivent rendre. Lorsqu'en pareille situation, les sentiments du juge passent de l'empathie (la capacité de comprendre ce qu'un parent ressent) à la sympathie (la tendance à s'identifier si complètement avec le parent que la distance nécessaire à l'objectivité est perdue), l'avenir de cet enfant risque d'être hypothéqué. » (Steinhauer, 1996). (p. 242)

Les émotions insidieuses

Certaines émotions sont insidieuses. La sensibilité, la compassion rendent parfois les intervenants sociaux et judiciaires incapables de tolérer la détresse dont ils sont témoins. Il est fréquent que les adultes se protègent — tout en rationalisant autour du fait qu'ils protègent l'enfant.

Dans d'autres circonstances, il arrive que les intervenants soient appelés à intervenir dans une situation qui implique un parent agressif, voire violent. La peur, engendrée par des menaces ouvertes ou voilées, peut aussi faire obstacle à la prise de décision qui soit dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Enfin, réussir à créer une alliance thérapeutique avec un client est un art difficile. Il arrive que des intervenants s'enfoncent graduellement dans un cul de sac par une succession de compromis consentis afin de sauvegarder une alliance fragile, ou ce qu'ils croient être une alliance, avec le parent, aux dépens de la défense des intérêts de l'enfant, situation d'où il est de plus en plus difficile de sortir sans laisser un sentiment de trahison.

Il devient important de prémunir les intervenants sociaux contre ces dangers en offrant des repères cliniques, de la formation, du soutien et de la supervision qui favorisent la mise à distance thérapeutique essentielle au bon jugement clinique.

Outre les facteurs cliniques que nous venons d'examiner, certains facteurs organisationnels limitent l'efficacité de l'intervention.

Facteurs organisationnels

Certains facteurs d'ordre organisationnel, dont les conditions de pratique et la discontinuité de l'intervention, limitent l'efficacité de l'intervention.

Les conditions de pratique

La limite des ressources disponibles pour répondre aux besoins de la population dans le domaine des services sociaux a rendu la charge de travail des intervenants considérable. Or, l'évaluation de jeunes enfants, particulièrement vulnérables en raison de leur incapacité à communiquer verbalement, exige une intensité d'intervention (observation directe, visites fréquentes, surveillance accrue) parfois irréalisable.

La discontinuité de l'intervention

C'est un constat sans cesse décrié, un effet pervers systémique avec lequel les agences de protection de l'enfance sont aux prises, et qui a un effet singulièrement néfaste pour les situations à



risque de dérive du projet de vie pour les jeunes enfants : il manque souvent de continuité dans l'intervention.

Il y a deux vecteurs principaux de la continuité : les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des actions et les actions elles-mêmes. Bien que, en ce qui concerne le personnel, certains incontournables (départs, maladie, maternité) produisent inévitablement de la discontinuité, il reste un examen des pratiques à faire, un choix de valeurs à affirmer par des mesures particulières ou des règles administratives assouplies, afin de faire de la continuité du personnel une priorité.

La continuité se réalise également dans l'action entreprise avec le client. À ce chapitre, il y a lieu de qualifier les plans d'intervention de façon à ce que, lors d'un changement éventuel d'intervenant, la continuité puisse être assurée. Il faut aussi améliorer la tenue des dossiers et les modes de transfert de l'information. Par ailleurs, la mise en place d'un outil de gestion de l'information (monitoring des données) devrait aussi contribuer à l'amélioration de la continuité. Enfin, le développement et l'implantation d'un programme d'intervention constituent également un gage de continuité, puisqu'un programme d'intervention propose à travers la « théorie du programme » une conception de l'intervention où les valeurs sont affirmées, où les postulats théoriques sont énoncés, où les processus d'intervention et les objectifs sont précisés, ce qui évite au client un éventuel changement de direction à chaque fois qu'il change d'intervenant.

Après avoir examiné les diverses facettes de la problématique associée à l'élaboration des projets de vie et les divers besoins qui y sont associés, nous présenterons maintenant, dans la section suivante intitulée « la théorie d'action », les buts et objectifs visés par le programme.



La théorie d'action

La théorie d'action d'un programme est une hypothèse relative au changement que l'on veut susciter. Elle doit être assortie d'une logique qui établit un lien entre les buts, les objectifs et la problématique telle qu'elle est définie dans la théorie sur le problème. Dans la section qui suit, nous identifierons le but du programme, ses objectifs, le rationnel qui motive le choix des objectifs ainsi que les actions projetées pour atteindre ces objectifs.

Par ailleurs, nous offrirons, à la fin de la section, une représentation schématisée de la théorie du programme, c'est-à-dire une représentation de la logique qui lie les postulats théoriques, la théorie sur le problème et la théorie d'action du programme.

But du programme

Le but du programme *À chaque enfant son projet de vie permanent* est de favoriser la stabilité et la permanence du projet de vie⁴ d'un enfant.

« L'accent mis sur la planification permanente⁵ en Amérique du Nord est fondamentalement un appel en faveur d'interventions proactives dans le but d'éviter que les enfants soient abandonnés de façon non intentionnelle dans des placements de longue durée, par suite de la négligence de leurs parents naturels et de l'inattention des agences à qui il appartient de protéger ces jeunes. » (Steinhauer, 1993) p.228

L'objectif général du programme consiste à fournir aux enfants âgés entre 0 et 5 ans, dans un délai de 1 an, un milieu de vie et un environnement humain stable et permanent qui soit apte à répondre à ses besoins — dont celui de développer un lien sélectif avec une personne significative (le parent dans les meilleures circonstances) — de manière à ce que l'enfant ait devant lui un avenir prévisible.

⁴ Un « projet de vie » est une situation dans laquelle l'enfant est placé de façon stable et permanente. Cette situation comporte deux dimensions une dimension physique : un milieu de vie, un lieu d'appartenance et une dimension dynamique : une personne significative avec qui l'enfant vit et peut développer un lien d'attachement

⁵ Ici, lorsque l'auteur parle de planification permanente, il réfère à la permanence du projet de vie et non à la permanence de la planification; c'est le concept de [permanency planning].



Objectifs du programme

Le programme vise 9 objectifs spécifiques. Nous verrons pour chacun de ces objectifs, le rationnel qui motive son choix et les actions projetées pour l'atteindre.

Objectifs	Rationnel	Actions projetées
1. Dépister dans les 20 jours suivant l'assignation au dossier les situations à risque de dérive du « projet de vie » de l'enfant.	L'expérience clinique démontre que sans un mécanisme systématique et universel de la clientèle-cible, plusieurs situations à risque de dérive ne sont pas identifiées, ce qui retarde ou compromet l'établissement d'un projet de vie et expose les enfants concernés à un risque accru de développer des troubles de l'attachement.	Une <i>Grille de dépistage</i> des situations à risque de dérive du projet de vie sera complétée pour tous les enfants âgés entre 0 et 5 ans qui font l'objet d'une évaluation en vertu de la LPJ, dans les 20 jours suivant l'assignation du dossier. Par ailleurs, tous les enfants placés entre l'âge de 0 et 5 ans sont automatiquement considérés à risque.
2. Identifier, dans les 45 jours suivant l'intégration des clients dans le programme, les problèmes et les facteurs qui contribuent à leur développement ou à leur maintien en utilisant des repères pour procéder à l'analyse de la situation.	Comme il n'existe pas de critères clairs, pouvant être reproduits et expérimentalement validés en matière d'évaluation des compétences parentales et qu'il se trouve parmi les cliniciens d'importantes différences de convictions, d'expérience et de formation professionnelle il devient important d'offrir des repères et des processus cliniques qui aident à effectuer l'évaluation avec précision, exhaustivité ce qui devrait procurer aux clients une qualité d'intervention plus uniforme et moins aléatoire.	Mise en place d'un protocole d'évaluation comportant les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none">• Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer• Évaluation des progrès du développement de l'enfant (évaluation du service Enfance-Jeunesse de l'hôpital Sainte-Justine);• Au besoin, évaluation de l'attachement (Q-Sort des comportements maternels pour les enfants âgés de 0 à 12 mois et Q-Set sur le comportement d'attachement pour les enfants de 2 à 5 ans.
3. Clarifier formellement les intentions relatives au « projet de vie » de l'enfant du ou des parents.	Différents enjeux (par exemple la peur de perdre l'alliance avec le parent ou le refus d'accepter qu'un parent décide d'abandonner son enfant) font en sorte que les véritables intentions des parents ne sont pas toujours exprimées au début de l'intervention.	Obtenir du ou des parents une prise de position formelle de leur intention sur le projet de vie de l'enfant avant la tenue de la table d'accès.
4. Transmettre un message clair, dès le début de l'intervention, concernant l'orientation clinique de l'établissement sur la primauté des intérêts de l'enfant et la conduite prévisible de l'intervention à défaut de corriger la situation.	Il y a des situations où les besoins des parents entrent en conflit avec les besoins de l'enfant. Les parents doivent savoir que le rôle du Centre jeunesse de Montréal est avant tout de protéger les intérêts de l'enfant.	Les parents vont recevoir, au cours du processus d'orientation, une explication formelle de la position du Centre jeunesse de Montréal quant au besoin pour l'enfant d'avoir un « projet de vie ». Les parents recevront une explication sur le rationnel, les attentes de l'organisation et les conséquences prévisibles à défaut de corriger la situation.



Objectifs	Rationnel	Actions projetées
5. Établir un plan d'intervention.	<p>La pratique nous apprend que lorsque les engagements des parents sont vagues il est difficile de faire le suivi de l'évolution de la situation qui soit précis et de fournir à la cour les éléments de preuve rigoureux qui lui sont nécessaires pour prendre ses décisions.</p> <p>Par ailleurs, les parents ont besoin d'aide pour changer. Il est important de s'assurer que les services requis pour les aider à corriger la situation soient fournis. Or, le fait de formaliser les engagements par écrit oblige à plus de rigueur dans leur mise en action.</p>	<p>La nature précise des engagements des parents est consignée au plan d'intervention, engagements concernant :</p> <ol style="list-style-type: none">1. les contacts avec l'enfant;2. les problèmes personnels (s'il y a lieu);3. le développement des compétences parentales (s'il y a lieu);4. l'implication dans la vie courante de l'enfant. <p>Les engagements du Centre jeunesse concernant l'aide et les services offerts sont également consignés dans le plan d'intervention :</p> <ol style="list-style-type: none">1. fréquence, durée et rythme des rencontres;2. services relatifs aux problèmes personnels des parents;3. services visant à développer les compétences parentales;4. référence et accompagnement à des ressources spécialisées.
6. Effectuer un suivi systématique de l'évolution de la situation.	<p>L'expérience démontre que lorsqu'il manque de balises concernant l'échéancier ou la nature des éléments à observer, le bilan de l'évolution de la situation a plus de risque d'être reporté et le contenu reste souvent plus vague et incomplet.</p>	<p>Un bilan est effectué après 3 mois et après 6 mois d'intervention sur :</p> <ul style="list-style-type: none">• le respect des engagements du ou des parents;• le respect des engagements du Centre jeunesse. <p>Un bilan de l'évolution de la situation est effectué après 6 mois d'intervention à l'aide du <i>Guide d'évaluation des capacités parentales</i>.</p>
7. Réagir rapidement lorsque la situation l'exige.	<p>Puisque la précocité de privation d'un lien d'attachement et la durée sont 2 des 3 facteurs de risque associés au développement des « troubles de l'attachement » plus l'enfant est jeune, et plus le temps presse de lui fournir un cadre de vie lui permettant de développer un lien d'attachement sécurisant.</p>	<p>Prendre des mesures appropriées dès les premiers constats effectués au moment de la révision du plan d'intervention.</p> <p>Déterminer l'orientation du projet de vie après 6 mois d'intervention (c'est-à-dire lors de la deuxième révision du plan d'intervention).</p>
8. Faire état de la situation de manière articulée devant le tribunal afin que les intervenants judiciaires puissent comprendre les raisons qui motivent les recommandations et puissent disposer d'une preuve crédible.	<p>L'expérience démontre que lorsque les intervenants se présentent à la cour, la décision du juge exige une argumentation solide et appuyée sur laquelle il puisse établir son jugement.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Consigner systématiquement les éléments d'informations.• Analyser rigoureusement chaque cas avant l'audition au tribunal.• Offrir, à la demande de l'intervenant, des avis, du soutien et des conseils du conseiller clinique ou du contentieux pour préparer le témoignage à la cour.

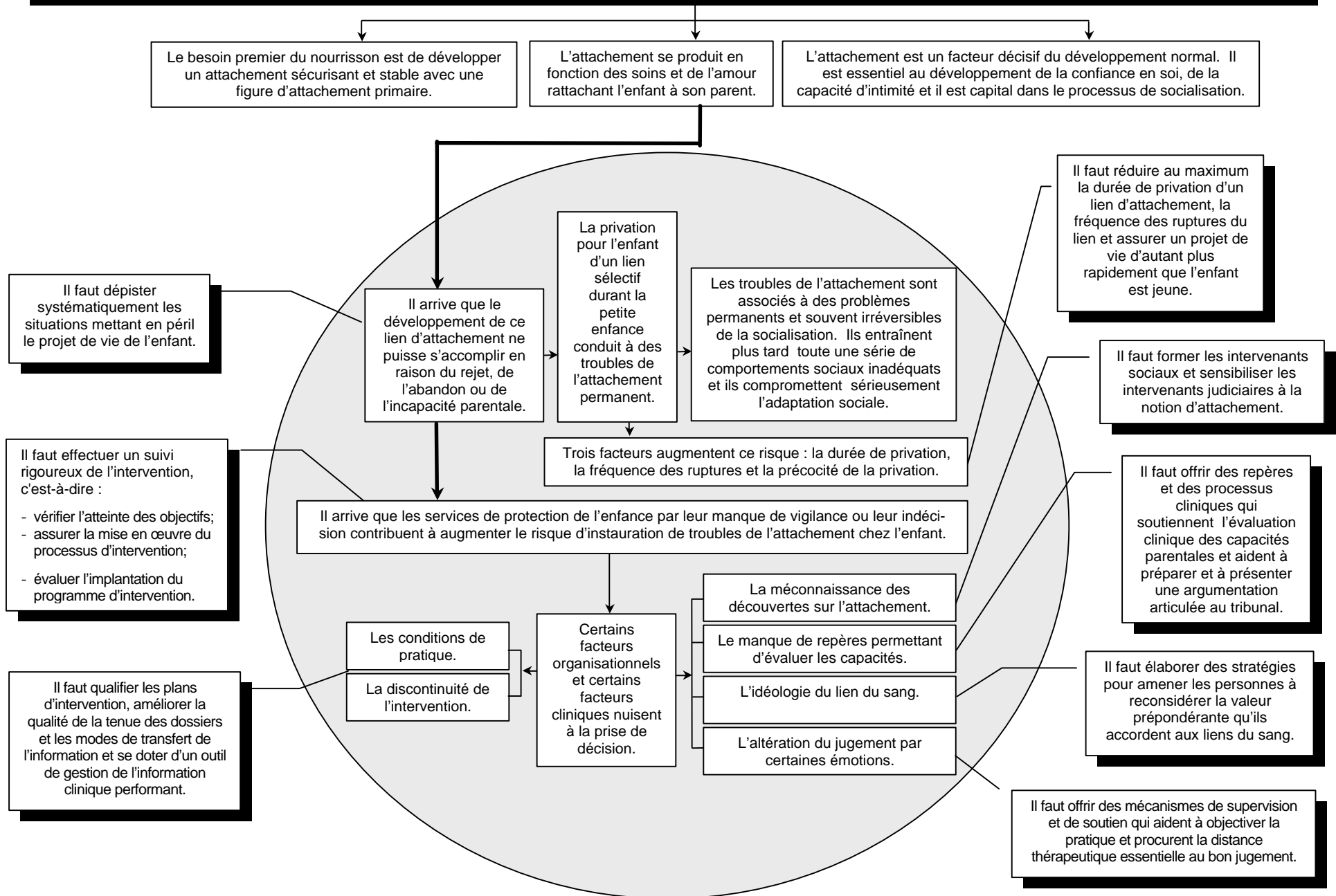


Objectifs	Rationnel	Actions projetées
9. Développer les connaissances par l'analyse des informations recueillies (monitoring des données) sur la problématique.	Les connaissances sur le phénomène de l'attachement se sont considérablement développées depuis quelques années, mais les connaissances sur l'intervention, sur les outils d'évaluation, sur leurs valeurs prédictives restent à parfaire. La cueillette et l'analyse des données cliniques est un moyen de faire progresser les connaissances dans le domaine.	Saisir régulièrement dans un système de « monitoring » des données cliniques et de gestion. Analyser les données afin d'améliorer nos connaissances sur l'intervention. Procéder à une évaluation de l'expérimentation afin de s'assurer de la conformité entre les actions prescrites par le programme et les actions réalisées de manière à pouvoir évaluer, dans un deuxième temps, la pertinence des objectifs du programme.

La théorie du programme

La théorie du programme expose la logique d'ensemble du programme. Elle est la mise en rapport des postulats théoriques, de la théorie sur le problème et de la théorie d'action. Un schéma de cette théorie du programme est présenté dans l'illustration suivante.

Postulats théoriques sur lesquels s'appuie le programme





Le processus d'intervention

Dans cette section portant sur les processus d'intervention, nous décrivons chacune des étapes d'intervention du programme. Elles sont au nombre de six :

1. Le dépistage de la clientèle-cible;
2. L'analyse, le pronostic et le choix des mesures;
3. Le plan d'intervention
4. La première révision du plan d'intervention;
5. La deuxième révision du plan d'intervention
6. L'actualisation du projet de vie.

Nous identifierons les acteurs concernés par chacune de ces étapes, les outils utilisés, les délais de réalisation et les mécanismes de suivi⁶. À la fin de cette section, nous fournirons un graphique qui illustre le processus d'intervention pour chaque étape.

Étape 1

Nature et utilité de l'étape

La première étape du processus d'intervention est celle du dépistage. À cette étape tous les enfants âgés entre 0 et 5 ans, dont la compromission est déclarée en vertu de la LPJ, font l'objet d'une procédure de dépistage universelle du risque de dérive du projet de vie. Deux critères permettent de sélectionner la clientèle-cible du programme :

1. Les conclusions tirées à l'aide de la Grille de dépistage 7 ;
2. Le placement.

Dans la mesure où l'un de ces deux critères s'applique, l'enfant intègre le programme.

Acteurs concernés

Les intervenants de l'évaluation-orientation de la DPJ réalisent cette étape. Ils complètent la grille de dépistage et posent un jugement clinique sur le niveau de risque. S'ils estiment la situation à risque, ils intègrent l'enfant dans le programme et passent à l'étape 2 du protocole d'intervention.

Outil

La *Grille de dépistage*, utilisée pour dépister les situations à risque de dérive du projet de vie pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans, est le produit de la mise en commun de deux grilles : la *Grille de dépistage du risque d'abandon ou du délaissement* produite en 1997 par l'Association des centres jeunesse du Québec⁸ et la *Grille d'indicateurs du risque d'abandon* produite en 1991 par Geneviève Turcotte, chercheure au Centre jeunesse de Montréal, grilles auxquelles ont été apportées quelques modifications.

⁶ Voir l'annexe 2 pour plus de détails sur les informations enregistrées dans le système de suivi des données.

⁷ Voir l'annexe 1

⁸ Association des centres jeunesse du Québec (1997). *En vue d'assurer à tout enfant un projet de vie permanent*. Table des directeurs de la protection de la jeunesse.



Délai

Le dépistage doit être effectué dans les 20 jours suivant l'assignation du dossier relatif à un signalement retenu.

Suivi

Au terme de ces 20 jours, les données recueillies dans la *Grille de dépistage* sont enregistrées dans le système de suivi informatisé (monitoring des données). Des tableaux de bord produits régulièrement permettent aux chefs de services de s'assurer que la *Grille de dépistage* est complétée pour tous les enfants âgés entre 0 et 5 ans.

Étape

2

Nature et utilité de l'étape

La deuxième étape du processus d'intervention sert à faire l'analyse de la situation, poser une hypothèse pronostique et effectuer un choix de mesures. Cette analyse est soutenue par le *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer*. Par ailleurs, une évaluation complémentaire de la situation d'attachement sera effectuée, au besoin, à l'aide du Q-Sort des comportements maternels pour les enfants âgés de 0 à 12 mois⁹ et à l'aide du Q-Set sur le comportement d'attachement pour les enfants âgés de 3 à 5 ans¹⁰.

Le choix des mesures ou des services se formalise lors de la tenue de la table d'accès. À ce moment, les parents ont à se prononcer formellement sur leur intention concernant le projet de vie de l'enfant. Par ailleurs, la position du jeune concernant la primauté des intérêts de l'enfant est expliquée aux parents de façon à ce que le plan d'intervention s'édifie sur des bases claires.

Acteurs concernés

Les intervenants à l'évaluation-orientation de la DPJ complètent cette étape lorsque la situation de l'enfant est examinée en vertu de la LPJ, et les intervenants de la prise en charge la réalisent lorsqu'il s'agit d'une situation d'enfant placé en vertu de la LSSSS. Quant à la passation du Q-Sort et du Q-Set, les cas sont référés à des intervenants formés pour utiliser ces outils.

Outils

- Le *Guide d'évaluation des capacités parentales* est une adaptation du Guide de Steinhauer. Ce guide documente 9 dimensions se rapportant au contexte sociofamilial, à l'enfant, à la relation parents-enfant et aux parents. Le service de Santé Enfance-Jeunesse de l'hôpital Sainte-Justine contribue à évaluer le développement de l'enfant. L'intervenant complète la section 2 de l'outil portant sur le développement de l'enfant avec l'aide de l'infirmière du service de Santé Enfance-Jeunesse de l'hôpital Sainte-Justine.
- Le Q-Sort des comportements maternels de Pederson et Moran (1990)¹¹ permet d'examiner, pour les situations d'enfants âgés entre 0 et 12 mois, la sensibilité maternelle et offre quelques indices sur la trajectoire éventuelle du type d'attachement (il ne permet pas d'identifier le type d'attachement). Il s'agit d'un outil standardisé composé de 90 items

⁹ Voir annexe 4

¹⁰ Voir annexe 5

¹¹ Voir dans la bibliographie : Rosalie Jetté, Le Q-Sort des comportements maternels (Pederson et Moran (1990) : Guide d'utilisation...



à classer en 3 catégories : comportements caractéristiques, comportements neutres et comportements non-caractéristiques.

- Le Q-Set sur le comportement d'attachement de Waters (1997) permet quant à lui d'examiner la situation d'attachement des enfants de 2 à 5 ans. Cet outil de 90 items s'utilise selon la même logique que le précédent.

Délai

Le délai pour compléter la cueillette des informations est de 45 jours suivant l'inclusion de l'enfant dans le programme selon un des deux critères mentionnés à l'étape 1.

Suivi

Au terme de ces 45 jours diverses données sont enregistrées :

- production du *Guide d'évaluation des capacités parentales*;
- profil des capacités parentales;
- hypothèse pronostique;
- production des Q-Sort ou Q-Set si pertinent;
- déclaration d'intention des parents relative au projet de vie;
- positionnement du centre jeunesse sur la primauté des intérêts de l'enfant;
- décision d'orientation.

Des tableaux de bord produits régulièrement permettent aux chefs de services de s'assurer que les outils ont été complétés et que les informations ont été recueillies pour tous les enfants intégrés dans le programme.



Nature et utilité de l'étape

La troisième étape du processus d'intervention sert à élaborer et mettre en œuvre le plan d'intervention. À partir des constats effectués à l'étape précédente, les objectifs d'intervention sont déterminés. En lien avec ces objectifs, les engagements des parents concernant le lieu, la fréquence et la durée des contacts avec l'enfant, les activités à réaliser pour résoudre les problèmes personnels (s'il y a lieu), les activités à réaliser pour développer les compétences parentales de même que l'implication parentale dans les activités courantes de l'enfant tel le suivi médical, l'inscription à la garderie ou autres sont précisés. Les engagements du centre jeunesse sont aussi explicités à propos : du lieu, de la fréquence et de la durée des rencontres, de la nature des services offerts concernant les problèmes personnels et le développement des compétences ainsi que les références ou l'accompagnement vers des ressources spécialisées.

Acteurs concernés

L'élaboration du plan d'intervention et sa mise en œuvre sont effectuées par les intervenants de prise en charge.

Outil

Plan d'intervention.

Délais

Les délais sont conformes à la politique du Centre jeunesse de Montréal concernant le plan d'intervention, c'est-à-dire un délai de 1 mois pour l'élaboration du plan et un délai de 3 mois pour la



première phase de sa mise en application.

Suivi

Au terme d'un mois après l'assignation du dossier le plan d'intervention est complété et diverses données sont enregistrées :

- engagements spécifiques des parents;
- engagements spécifiques du centre jeunesse.

Étape

4

La quatrième étape sert à effectuer une première révision du plan d'intervention. Un bilan détaillé de l'évolution de la situation est produit. À partir de ce bilan, les objectifs d'intervention et les moyens sont revus afin de corriger, si nécessaire, la trajectoire pour les 3 prochains mois d'intervention.

Acteurs concernés

Le bilan des 3 premiers mois d'intervention ainsi que la révision du plan sont effectués par l'intervenant de prise en charge.

Outils

Révision du plan d'intervention.

Délais

L'étape 4 s'effectue après trois mois de mise en œuvre du plan d'intervention.

Suivi

Au terme du trois mois d'intervention diverses données sont enregistrées :

- bilan concernant le respect des engagements spécifiques des parents ;
- bilan concernant le respect des engagements spécifiques du centre jeunesse.

Étape

5

La cinquième étape coïncide avec la deuxième révision du plan d'intervention. À ce moment, six mois de délai s'est écoulé depuis le plan initial d'intervention. À la lumière du bilan de la situation la révision du projet de vie est effectuée dans le cadre d'une révision PJ en présence du réviseur.

Acteurs concernés

Cette étape initiée par l'intervenant de prise en charge associe le réviseur dans le cadre d'une table de révision.

Outil

Les outils utilisés sont :

- Le Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du Guide de Steinhauer.
- Les Q-Sort ou Q-Set si appropriés ;
- Table de révision PJ.

Délais

Le délai est conforme à la politique du Centre jeunesse de Montréal sur les révisions du plan



d'intervention, c'est-à-dire à tous les 3 mois.

Suivi

Au terme de ces 6 mois d'intervention, diverses données sont enregistrées.

- second bilan concernant le respect des engagements spécifiques des parents;
- second bilan concernant le respect des engagements spécifiques du centre jeunesse;
- production du bilan de l'évolution de la situation à l'aide du *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du Guide de Steinhauer*;
- profil des capacités parentales;
- hypothèse pronostique;
- production du Q-Sort ou Q-Set si pertinent;
- révision du projet de vie.

Étape 6

La sixième étape sert à actualiser le projet de vie. Elle est effectuée par l'intervenant de prise en charge. Il n'y a pas d'outil particulier.

Délais

Une période de trois mois sert à actualiser le projet de vie. Après ce délai un bilan de l'évolution de la situation est alors effectué. Lorsque le projet de vie est actualisé, c'est-à-dire qu'une situation stable est établie pour l'enfant, le programme prend fin. Si le projet n'est pas actualisé ou n'est pas en voie de s'actualiser, une autre période de 3 mois de réalisation s'ajoute.

Si au bout de ces 6 mois d'activité à l'intérieur de l'étape 6 — qui correspond environ à 15 mois d'intervention depuis l'établissement de la compromission — l'actualisation du projet de vie est toujours sans succès, une étude de cas incluant la présence du réviseur est alors convoquée.

L'étape 6 peut être répétée jusqu'à ce que le projet de vie soit réalisé.

Suivi

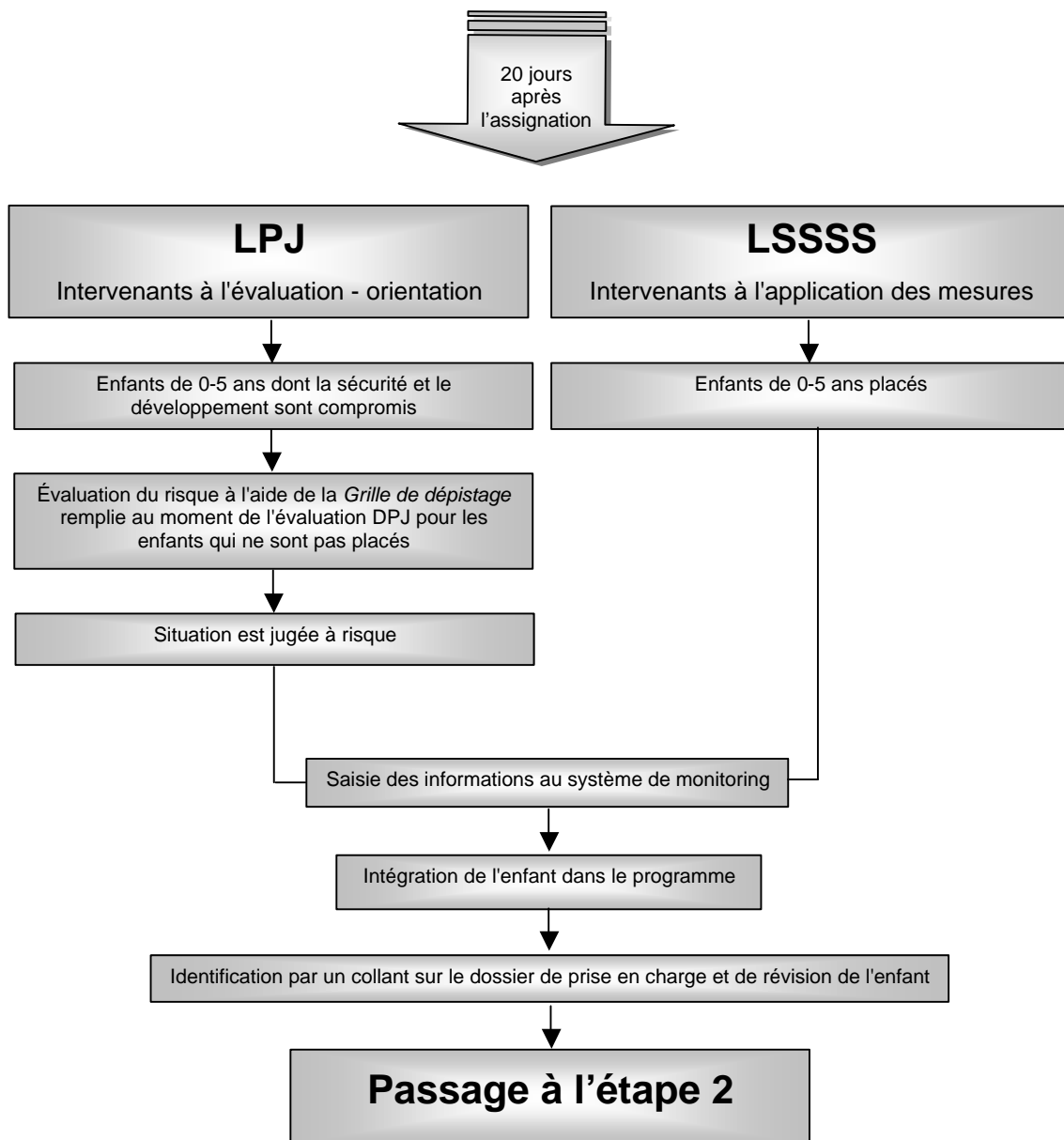
À toutes les périodes de 3 mois d'intervention, diverses données sont enregistrées :

- situation en terme de projet de vie dans laquelle l'enfant se trouve;
- état de réalisation du projet de vie.

Schéma du processus d'intervention

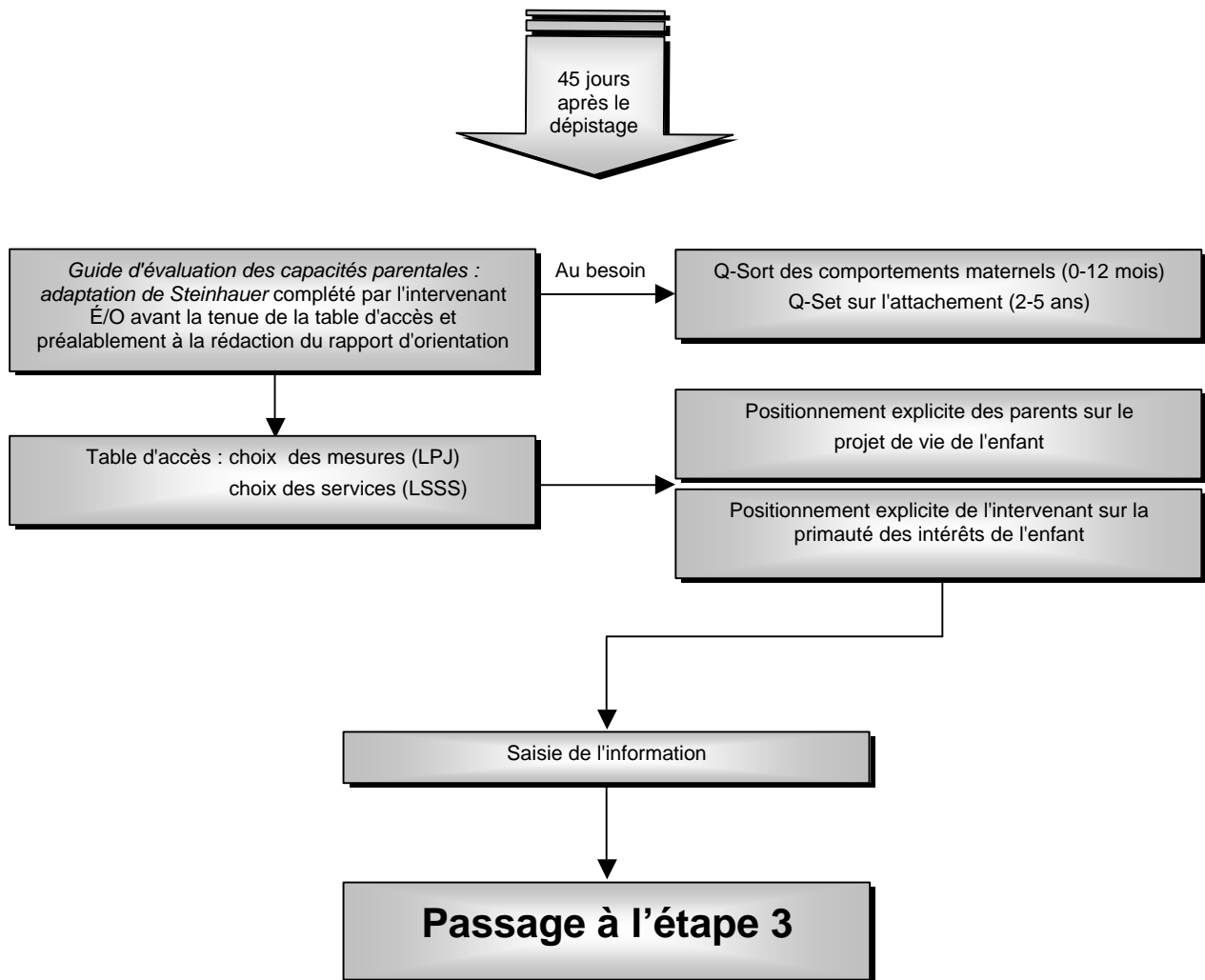
Étape
1

Dépistage des enfants à risque



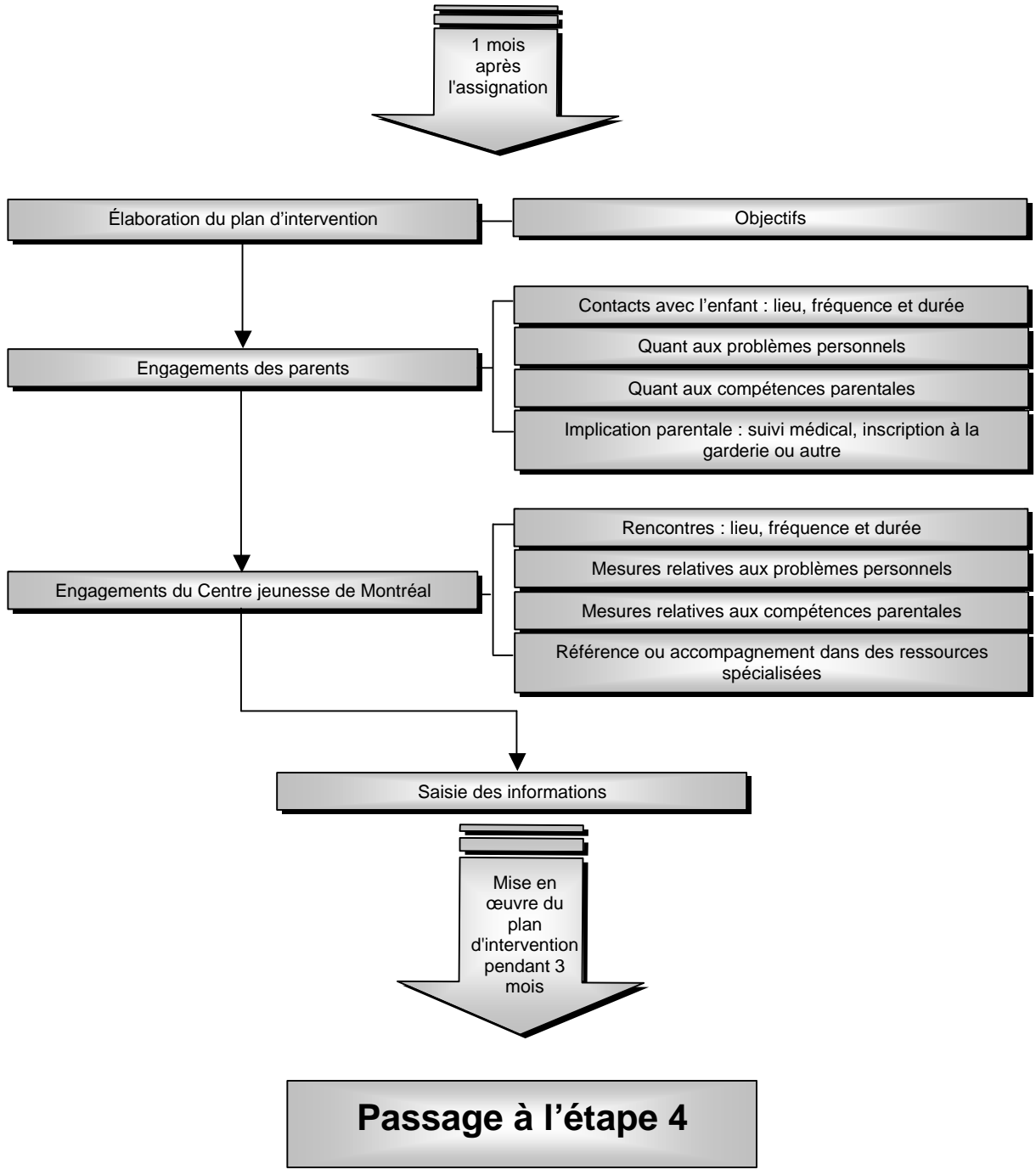
Étape
2

Analyse, pronostic et choix des mesures



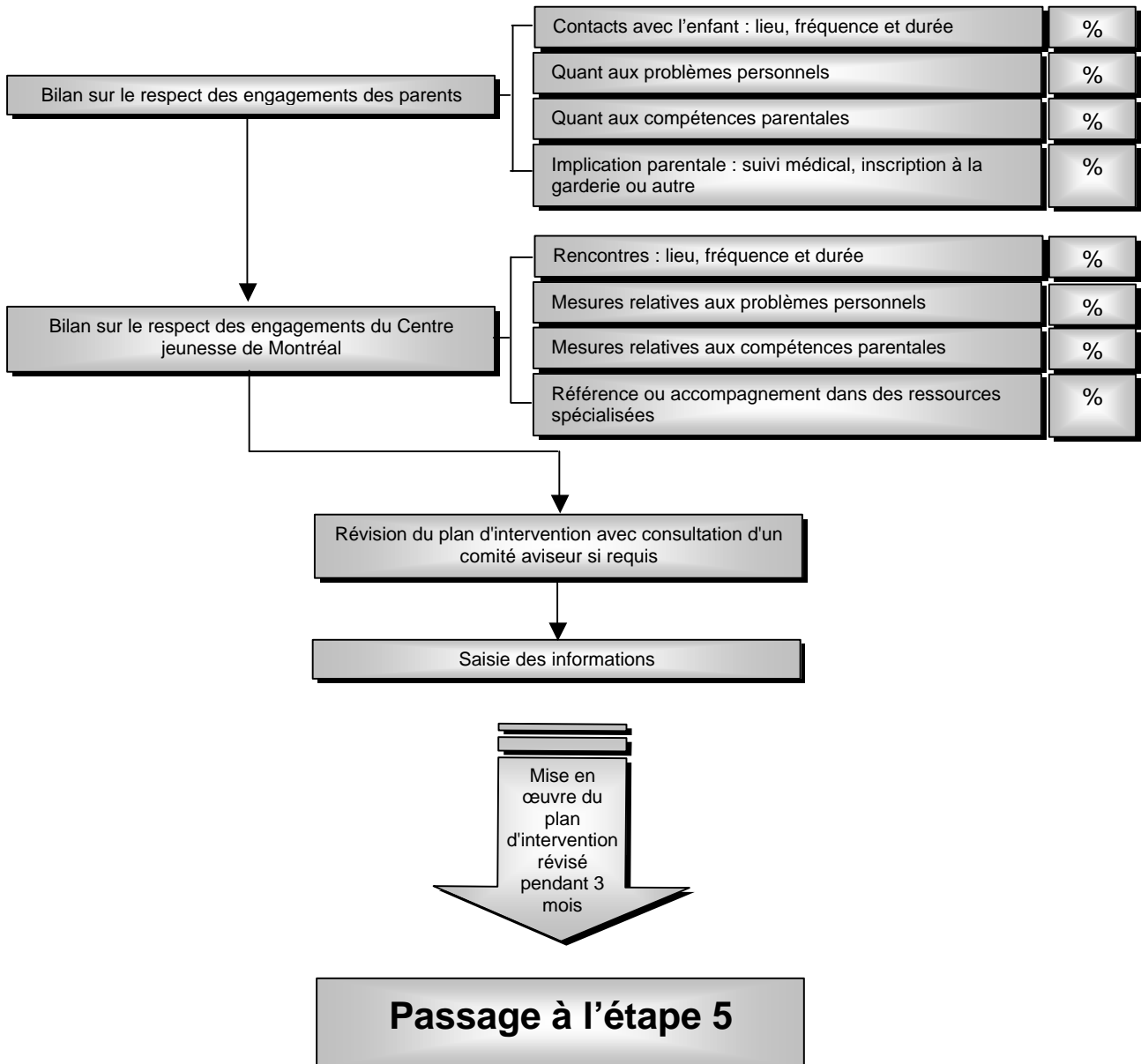
Étape
3

Plan d'intervention



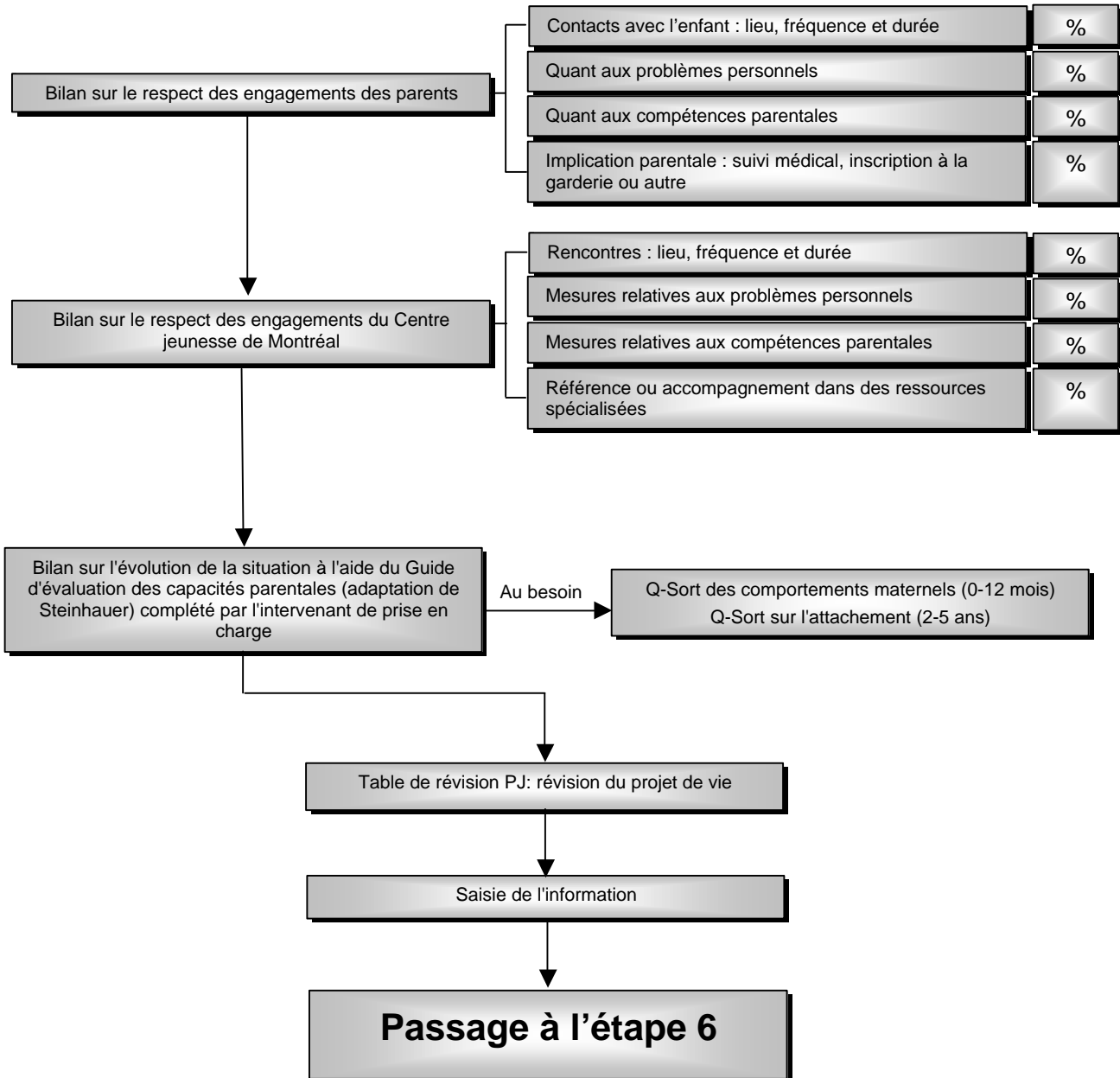
Étape
4

Première révision du plan d'intervention



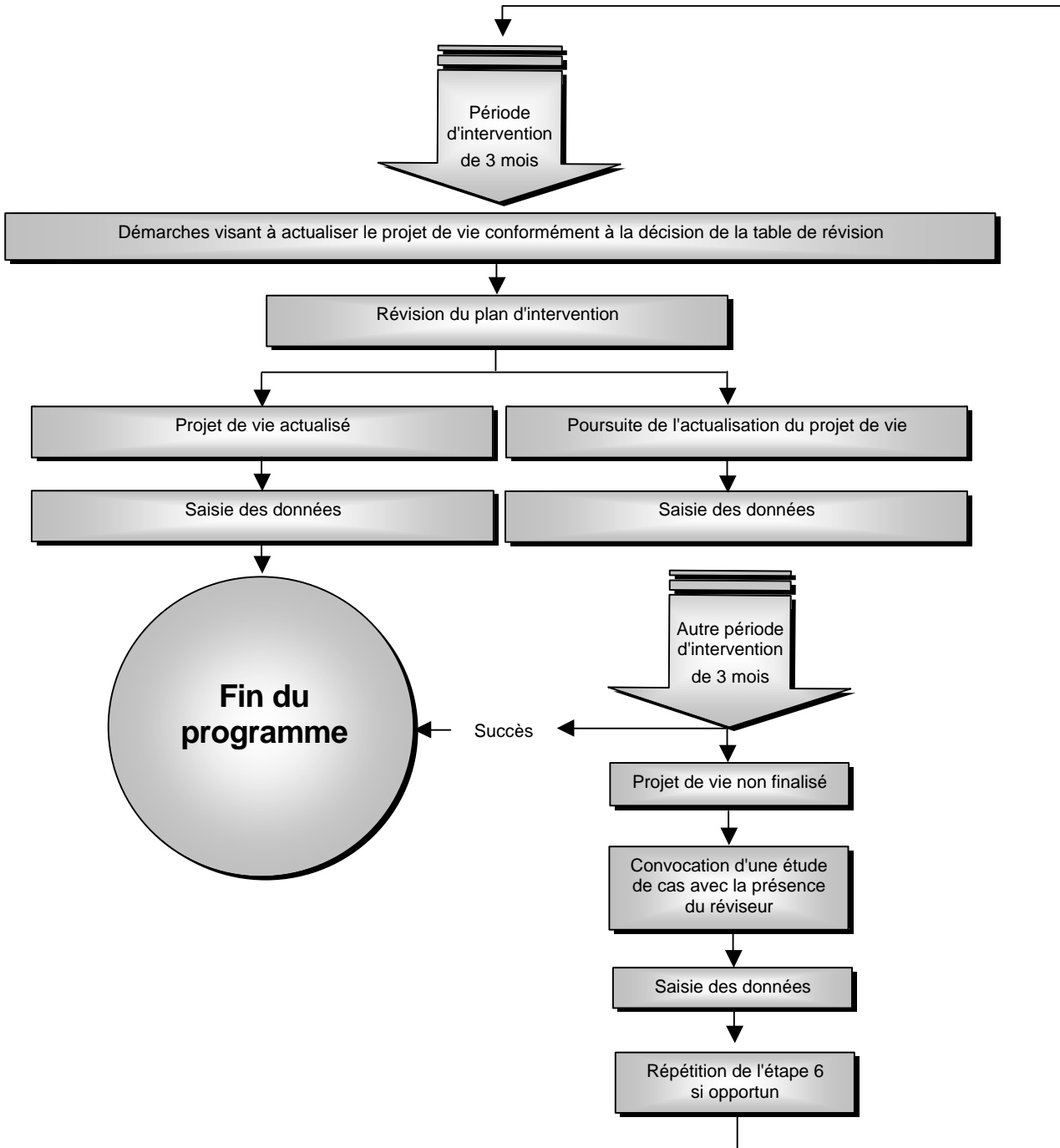
Étape
5

Deuxième révision du plan d'intervention



Étape
6

Actualisation du projet de vie





Les ressources

Implanter un programme d'intervention nécessite l'investissement de diverses ressources matérielles et humaines pour assurer sa mise en œuvre.

Les fondements théoriques

Le programme se fonde essentiellement sur la théorie de l'attachement. Une formation sur cette théorie constitue un préalable essentiel à sa mise en œuvre.

Le dépistage de la clientèle

Le dépistage de la clientèle se fait au moyen de la *Grille de dépistage*¹². Cette grille n'est pas un outil psychométrique mais bien un outil clinique. Elle est simple d'utilisation et peut être complétée sans formation préalable, mais une formation succincte aidera l'intervenant à mieux comprendre le sens des items et rendra l'intervenant plus à l'aise dans l'interprétation des données recueillies. La passation de la grille exige une certaine connaissance de la situation familiale et personnelle de l'enfant, mais elle prend, en soi, très peu de temps à compléter.

L'évaluation de la situation

L'évaluation de la situation de l'enfant se fait au moyen du *Guide d'évaluation des capacités parentales*.¹³ Une évaluation complémentaire sur la dimension de l'attachement peut être effectuée à l'aide du *Q-Sort* ou du *Q-Set*.

Le Guide d'évaluation des capacités parentales

Pour utiliser ce guide, les intervenants doivent avoir reçu une brève formation théorique permettant de le connaître et un soutien clinique pour intégrer la théorie à la pratique. Lorsque les intervenants sont formés, l'analyse de la situation exige une vingtaine d'heures incluant le temps d'observation nécessaire à la cueillette de l'information et la saisie de l'information.

Le service de Santé Enfance Jeunesse de l'hôpital Sainte-Justine

L'Hôpital Sainte-Justine offre un service d'évaluation du développement de l'enfant pour tous les enfants âgés entre 0 et 5 ans dont la sécurité et le développement sont compromis. La section 2 du *Guide d'évaluation des capacités parentales* est complétée en collaboration avec les infirmières de ce service.

¹² Voir l'annexe 1

¹³



Les Q-Sort et Q-Set

L'utilisation du *Q-Sort* des comportements maternels de Pederson et Moran (1990) qui sert à examiner la sensibilité maternelle pour les enfants âgés entre 0 et 12 mois, et le *Q-Set* de Waters (1997) sur le comportement d'attachement pour les enfants âgés entre 2 et 5 ans exigent une formation. La passation des outils demande une bonne connaissance de la dyade, c'est-à-dire une observation pendant au moins 4 sessions de la mère avec son enfant. Les instruments se complètent en 45 minutes par quelqu'un qui possède une bonne connaissance et une expérience pratique de ces outils.

La prise en charge

Comme le programme cible de jeunes enfants âgés entre 0 et 5 ans et que ce sont des enfants plus vulnérables en raison de leur limite à communiquer, et parce cette clientèle habite nécessairement dans des milieux de vie non institutionnels et exige de fréquentes visites, le nombre de jeunes pouvant être pris en charge par intervenant doit être réduit par comparaison avec celui d'enfants plus âgés ou d'adolescents pour qui la gestion du risque est moins serrée.

Le suivi clinique et de gestion

Le soutien clinique exige que les conseillers cliniques aient une bonne connaissance de la clientèle et aient eu la formation sur la théorie de l'attachement et sur *le Guide d'évaluation des capacités parentales*.

Le suivi du programme est effectué à l'aide d'un système de « monitoring des données ». Ce système demande un investissement de programmation informatique important. Il permet de produire, de façon régulière, des tableaux de bord relatifs à la situation du programme. Il permet aussi d'analyser les données cliniques aux fins de recherche ou de réflexion clinique. Il faut toutefois prévoir du personnel pour la saisie des données.



Guide pour l'intervention

Outre le fait de bien évaluer la situation, diverses activités cliniques associées au traitement doivent être réalisées. Nous offrons dans ce chapitre quelques balises liées à l'intervention dans le cadre d'une problématique de dérive du projet de vie, interventions dont les enjeux consistent à :

- Assurer le développement identitaire de l'enfant ;
- Favoriser le développement d'un lien d'attachement ;
- Stimuler le développement des compétences parentales ;
- Encadrer les contacts parents-enfant. ;
- Séparer un enfant de ses parents et de sa fratrie lorsque la situation l'exige.



Assurer le développement identitaire de l'enfant

*Lise de Rancourt
Linda Ferland
Nathalie Lamothe
Francine Paquette
Suzanne Rainville
Josée Waddell*

Le développement de l'enfant comporte plusieurs dimensions dont le développement de l'identité. Selon Steinhauer (1996),

Le terme *concept de soi* renvoie à la compréhension que chacun a de ce qu'il est. Un aspect en est *l'estime de soi*, sentiment entretenu à propos de soi-même qui révèle le type de personne que l'on croit être. *L'identité* se présente comme une combinaison de ces éléments; elle contient ce que les enfants diraient s'ils pouvaient répondre à des questions telles que : « Qui est-tu? », « À qui ressembles-tu? », « Comment te sens-tu par rapport à toi-même? ».

Le développement de l'identité commence dès la première année de vie de l'enfant et est étroitement lié à la qualité des soins reçus de ses parents. Le développement identitaire est une des tâches développementales durement mises à l'épreuve chez des enfants dont la situation est à risque de dérive du projet de vie.

Nous présenterons dans cette section quelques éléments sur le développement identitaire en général, puis nous examinerons plus spécifiquement les enjeux du développement identitaire des enfants placés.

Le développement de l'identité : guide pour l'intervention

La formation d'une identité positive exige que l'enfant ait accès à une figure d'attachement et d'identification la plus stable possible. Pour que l'enfant puisse construire une identification socialement acceptable, cette figure d'attachement doit offrir un modèle qui soit en accord avec les valeurs sociales. Outre les valeurs que la famille ou le milieu d'accueil transmet à l'enfant, l'attitude et les gestes posés ont des impacts considérables sur l'image que l'enfant se construira de lui-même. À cette fin, il est utile de discuter avec la famille et les milieux d'accueil de quelques principes éducatifs qui soutiennent l'acquisition d'une identité positive :

- Aider l'enfant à se connaître, à découvrir ses forces, ses limites, ses qualités et ses défauts. Ainsi, il est important de permettre à l'enfant de nommer ce qu'il veut, ce qu'il vit, ce qu'il aime ou pas, ce qu'il est, en favorisant des phrases telles que : « je suis, je veux, j'aime, je souhaite, etc. ».
- Aider l'enfant à faire des choix, à identifier ces choix, à s'affirmer, à prendre des initiatives, à prendre des décisions, à se montrer autonome. À ce titre il est important de confier à l'enfant des responsabilités afin qu'il se sente compétent, ce qui favorise sa réussite et son bien-être. Il faut aussi apprendre à l'enfant que s'il fait des choix, il doit aussi accepter les conséquences qui en découlent, et accepter de faire des erreurs.
- Imposer des limites à l'enfant, l'encadrer, le sécuriser pour qu'il réalise qu'il est capable de se contrôler ou qu'il n'est pas destructeur...



- Accepter l'enfant avec ses limites. L'aider à comprendre que malgré le désaveu de certaines conduites, l'enfant demeure un être aimable.
- Investir l'enfant pour lui-même, comme une personne à part entière. L'enfant ne devrait jamais avoir le sentiment d'être « un cas ». Le parent doit aussi lui permettre d'être différent de lui-même.
- Maintenir l'enfant en dehors des différends qui peuvent se poser entre les adultes.
- Valoriser l'enfant, lui faire découvrir ses aptitudes et l'aider à les parfaire. Le milieu de vie doit lui apprendre à avoir confiance en lui-même, à s'aimer et à accepter ses limites.
- Favoriser l'identification à une figure significative de son sexe.
- Aider l'enfant qui vit dans une famille monoparentale et dont l'autre parent est absent, à s'imaginer ce dernier de façon nuancée en lui parlant des aspects positifs de ce parent et pas seulement de ses difficultés.

Définition de l'identité pour les enfants placés

Tous les enfants ont besoin de connaître leur histoire personnelle et de s'identifier à un modèle significatif pour se construire une personnalité. Pour les enfants placés en familles d'accueil, banques mixtes ou en adoption, on accordera une attention particulière à certains aspects de la pratique comme la tenue de dossiers et la question : « Qui sont papa et maman ? De plus, pour ces enfants, un outil précieux a été développé pour construire ou consolider leur identité : le **livre de vie**.

La tenue du dossier... une part d'héritage

Pour plusieurs enfants placés précocément et éventuellement déplacés et pour ceux qui seront abandonnés, l'accès aux éléments de leur histoire de vie est extrêmement précieux. Lorsque vient l'adolescence, définir son identité devient la tâche psychosociale centrale dont la résolution est fondamentale pour passer à une vie adulte. Mais, comme le constatent Martin et Palmer (1997) dans leur étude sur la transition des jeunes vers la vie adulte, pour les jeunes adultes qui ont été placés dans des agences de protection, la tâche est particulièrement difficile en raison de l'inaccessibilité, de l'inexactitude ou du manque d'informations sur leur histoire.

La qualité de la tenue du dossier s'avère donc particulièrement importante pour les enfants dont la situation est à risque de dérive du projet de vie. Si la qualité de la tenue est importante, la conservation du dossier est fondamentale.

Normes de pratique

Actuellement, dans la LPJ, l'alinéa 38a. ne fait référence qu'aux enfants «formellement abandonné». Il faut faire modifier l'alinéa actuel de l'enfant qui se trouve en situation d'abandon par délaissement en 38a. Cette modification est importante puisque la conservation du dossier lors de la fermeture est possible uniquement si la situation de compromission relève de l'alinéa 38a, conservation qui préserve la possibilité de transmettre à l'enfant une partie de son patrimoine historique.



La délicate question : « Qui sont papa et maman ? »

L'enfant qui a toujours vécu avec ses parents et qui continue de le faire identifiera sans difficulté ses parents comme étant « papa et maman ». Mais, dans le cas d'un enfant qui ne vit pas dans son milieu familial, la question : « Qui sont papa et maman ? » peut devenir assez compliquée. L'enfant a besoin d'une figure d'attachement stable et parce qu'il veut être comme les autres enfants, il appellera parfois papa et maman des personnes qui ne sont pas ses parents.

Que doit-on transmettre comme message à l'enfant qui se trouve dans cette situation :

- L'enfant qui a été abandonné dès sa naissance et qui a été placé dès ce moment dans un milieu d'accueil stable considérera ses parents substituts comme étant ses parents. Il est sain de laisser l'enfant appeler les figures d'attachement auxquelles il est lié, papa et maman.
- Pour un enfant placé en famille d'accueil dans le cadre d'un « projet de vie », l'enfant devrait être encouragé à appeler papa et maman en fonction de la situation. Lorsque les parents naturels sont présents, il est important de situer l'enfant en fonction de la réalité. Il faut transmettre un message clair et structurant à l'enfant sur la place des parents naturels et celle des parents d'accueil. L'appellation doit être conforme à la réalité. L'enfant devrait pouvoir appeler ceux qu'il considère comme ses parents psychologiques papa et maman. On pourra permettre à l'enfant d'appeler ses parents d'accueil « maman Diane » et « papa Claude » et ses parents naturels « papa et maman » ou vice-versa selon la place qu'occupe le parent naturel et le parent d'accueil dans la vie de l'enfant. Il est important que ce choix provienne de l'enfant et qu'il ne soit pas induit par la famille d'accueil ou les parents naturels.
- Lorsque les parents sont disparus et que l'enfant est adoptable mais non adopté, il faut lui permettre de nommer les figures qui sont les plus significatives, maman et papa.
- Dans l'éventualité où l'enfant nomme tous les adultes autour de lui papa et maman, ce comportement risque fort d'être le signe d'un éventuel problème d'attachement. Il importe alors d'en confirmer la présence, d'en évaluer l'ampleur et d'intervenir en conséquence.

Le changement de nom d'un enfant

Certaines familles de la « banque mixte » ou certaines familles d'accueil régulières chez qui l'enfant vit depuis plusieurs années pourraient être tentées de changer le prénom d'un enfant. L'enfant doit conserver son prénom et son nom tant et aussi longtemps qu'un processus légal n'est pas venu modifier son nom.

Par ailleurs, même s'il est possible d'engager une procédure légale visant à modifier le nom d'un enfant, cette éventualité n'est pas nécessairement appropriée au plan clinique. Chez un bébé qui n'a pas encore associé son nom à son identité personnelle, le changement ne posera pas de problème. Mais, chez un enfant de 3, 4 ou 5 ans, un changement de nom risque de soulever des problèmes d'identité et peut avoir des répercussions négatives sur l'image de soi.

Avant de changer le nom d'un enfant, il faut se questionner sur ce que ce changement représente pour l'enfant. L'utilisation d'un prénom composé dont le prénom d'origine est conservé peut présenter une solution de rechange à un parent qui tient absolument à changer le prénom de l'enfant.



La tenue d'un livre de vie

Pour pouvoir construire cette identité, les enfants ont besoin de stabilité et de permanence, deux conditions qui procurent un sentiment de continuité et d'appartenance. Cet objectif de permanence, que nos voisins du sud appellent [permanency planning], fait l'objet d'un large consensus clinique depuis plusieurs années.

Mais, il arrive que la permanence soit mise à rude épreuve par les multiples déplacements que les enfants connaissent. Lorsque des enfants sont amenés à vivre de telles expériences, il devient particulièrement important de recourir à divers moyens pour atténuer les impacts de cette perte de stabilité et permettre à l'enfant, à travers ces embûches, de se construire une identité. À cette fin, la tenue d'un livre de vie¹⁴, est une activité clinique fort pertinente.

La tenue d'un livre de vie devrait s'effectuer pour chaque enfant dont la situation les place à risque de dérive du projet de vie. Le livre de vie contribue, selon Caron (2001), à :

« Contrer la perte du sens de l'identité à travers de multiples déplacements.
Permettre à l'enfant d'exprimer ses connaissances, ses perceptions, ses fantasmes et ses émotions au sujet de son vécu.
Développer une image juste de la réalité : ajuster les perceptions et la compréhension des événements.
Offrir un contenant affectif et de pensée afin que l'enfant puisse « reticoter » les mailles perdues et tisser ainsi un lien dans sa vie.
Actualiser par cet outil clinique, une continuité et une mémoire dans l'histoire de vie de l'enfant : l'historicité permet une continuité de soi qui favorise l'élaboration d'une identité.
Donner à l'enfant un héritage et un témoin de son cheminement : rendre sa mémoire significative et durable.
Construire un pont entre le passé, le présent et l'avenir : permettre à l'enfant d'avoir une perspective, un projet de vie. »

Dans la mesure où le projet de vie présente des risques de dérive, les parents ou figures significatives devraient être impliquées le plus tôt possible dans la démarche (même au cours de la grossesse lorsque la fratrie est connue) afin de fournir des éléments de l'histoire socio-biologique, y compris des photos, des objets, des documents, et ce, tant pour les enfants qui vivent dans leur famille qu'en milieu d'accueil. Il est important de recueillir des informations pertinentes sur les antécédents psychiatriques, médicaux, sociaux et familiaux à l'échelle intergénérationnelle. Par ailleurs, il faut être attentif et relater les événements de manière respectueuse, puisque les mots utilisés imprimeront dans l'imaginaire de l'enfant, et pour le reste de sa vie, l'image de son passé.

Selon son âge, on peut solliciter la participation active de l'enfant dans l'élaboration de son livre de vie. En utilisant ce moyen, la portée de l'écriture et des images, témoins de son histoire, confère une importance à l'enfant et à son expérience. L'enfant acquiert ainsi le sentiment d'une place reconnue. La participation de l'enfant l'aide à « *panser les blessures de sa vie en contenant son vécu, et ainsi l'aide à penser sa vie en se situant dans le temps, l'espace et la causalité des événements (Caron, 2001)* ». Par ailleurs, il peut être pertinent d'inclure dans le livre de vie les lettres de l'enfant pouvant avoir été adressées aux parents ou celles écrites par les parents.

Lors d'un placement ou d'un déplacement, l'intervenant de prise en charge doit être très présent afin de renforcer le sentiment de continuité chez l'enfant. L'intervenant s'assure d'inscrire minutieusement la mémoire des événements pour l'enfant. Le milieu d'accueil de l'enfant doit pouvoir accéder au livre de vie. Cet accès permet de mieux connaître le parcours de l'enfant, ce qui facilite la continuité. Cette connaissance contribue à renforcer l'engagement du milieu d'accueil

¹⁴ Voir l'exemplaire du livre de vie à l'annexe 6



auprès de l'enfant qui peut mieux situer les comportements de l'enfant dans une perspective globale.

L'intervenant social est le gardien du livre de vie de l'enfant. L'intervenant soutien sensibilise la famille d'accueil et l'aide à poursuivre dans un esprit de continuité pour l'enfant. Il incite la famille d'accueil, qui demeure la mieux placée pour suivre l'enfant dans le quotidien, à insérer dans le livre de vie des photos de l'enfant et d'elle-même, des productions faites par l'enfant, des dessins, etc. Il est souhaitable que la famille d'accueil écrive une lettre au départ de l'enfant pour expliquer la situation entourant le départ. Pour chaque enfant, il faut examiner la pertinence de maintenir des liens avec le milieu d'accueil qui l'a hébergé.

Normes de pratique

1. Chaque enfant doit avoir un livre de vie.
2. Chaque enfant reçoit une copie de son livre de vie à la fin du processus (fin du placement, adoption, majorité).
3. Pour s'assurer que le livre de vie soit complet, les événements de la vie de l'enfant sont inscrits au fur et à mesure. Par ailleurs, entre l'âge de 0 et 5 ans, le livre de vie est mis à jour au moins deux (2) fois par année, à partir de la date d'anniversaire de l'enfant. Il est mis à jour à chaque départ de l'intervenant et le chef de service s'assure que tous les documents soient remplis.



Favoriser le développement d'un lien d'attachement

*Nathalie Lamothe
Claudette Pineau
Michelle St-Antoine
Denise Thériault
Danielle Trudeau*

Les recherches des dernières années mettent en évidence l'importance décisive pour le développement de l'enfant de la formation d'un lien d'attachement avec une figure parentale stable. Ces connaissances nouvelles commandent un dépistage précoce des problèmes d'attachement afin de travailler à l'établissement ou au rétablissement de ce lien entre le jeune enfant et ses parents et de pouvoir rapidement reconnaître les situations où ce travail s'avérera impossible. En effet, dans les cas d'incapacité parentale, l'enfant doit pouvoir rapidement actualiser ailleurs ses facultés d'attachement, au risque de les perdre peu à peu, avec les conséquences difficilement réversibles que cela entraînera sur son développement.

Dans cette section portant sur le développement du lien d'attachement, nous discuterons tout d'abord des enjeux autour du lien d'attachement. Dans une perspective de dépistage, nous présenterons ensuite une brève description des 4 types d'attachement d'Ainsworth et Main ainsi qu'une liste d'indices¹⁵ caractérisant les enfants en troubles d'attachement en fonction de l'âge. Des points de repères relatifs à la pertinence de recourir à l'expertise d'une clinique d'attachement et à l'utilisation des Q-Sort des comportements maternels et Q-Set de l'attachement¹⁶ seront ensuite proposés. Différents modèles d'intervention conçus afin d'améliorer le lien d'attachement dans le cadre d'une intervention dans le milieu naturel, seront proposés. Ensuite les principes généraux d'intervention à privilégier avec des enfants présentant des troubles de l'attachement seront élaborés.

L'enjeu du lien d'attachement

Qu'est-ce que l'attachement ?

L'attachement à la mère est envisagé par Bowlby (1969) comme un comportement instinctif biologiquement déterminé. L'attachement serait l'un des processus apparus au cours de l'évolution des primates afin de permettre l'adaptation de l'individu à son environnement, et en particulier à son environnement social.

Bowlby définit l'attachement comme le lien émotif s'établissant entre une mère et son enfant, favorisant ainsi la proximité physique entre eux afin d'assurer soins et protection à ce dernier. L'attachement à la figure maternelle servirait également de **base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement.**

¹⁵ Nous retrouvons cette liste d'indices dans le *Guide d'évaluation des capacités parentales ; adaptation du guide de Steinhauer.*

¹⁶ Voir dans la section portant sur le processus d'intervention, l'étape 2 où sont décrits ces deux outils d'évaluation.



La disponibilité de l'adulte, la qualité des soins dispensés, le caractère approprié et ajusté des réponses aux signaux de l'enfant concourent à créer chez le jeune nourrisson, au fur et à mesure qu'il voit ses besoins comblés, l'émergence progressive d'un sentiment de sécurité, de confiance en sa valeur personnelle. Selon Bowlby, l'enfant développe et intériorise dès la petite enfance un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle à son égard.

Importance des premières années de vie

Steinhauer (1996) affirme que la capacité d'établir un lien sélectif avec une figure d'attachement dans la première enfance (0 à 2 ans) constitue un facteur décisif du développement normal, puisque l'échec à former un tel lien dans la petite enfance est associé à des troubles permanents, et en dépit des traitements, difficilement réversibles de la socialisation.

L'auteur précise que l'enfant qui n'a pas pu bénéficier dans les premières années de vie d'une figure parentale apte à favoriser l'apparition de liens d'attachement, se détourne peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché. L'enfant se montre peu disposé à aimer, se liant plutôt de façon superficielle aux adultes qui deviennent alors facilement interchangeables à ses yeux. De plus l'enfant développe souvent parallèlement toute une série de comportements sociaux inadéquats. Toujours selon Steinhauer, plus longue est la période passée sans un lien parental stable et adéquat, plus les possibilités de rattrapage sont limitées.

Certaines hypothèses neurophysiologiques récentes sur le développement du cerveau semblent vouloir supporter l'importance des soins maternels des premières années de vie sur le développement de l'enfant. Ces connaissances nouvelles viennent confirmer le rôle important de la stimulation provenant des organes des sens (donc de l'environnement) sur le câblage du cerveau et mettent surtout en évidence l'existence de périodes critiques au-delà desquelles les neurones non stimulés disparaissent. Ces périodes critiques se situent toutes dans les premières années de vie.¹⁷

Les développements récents de la théorie de l'attachement ainsi que les recherches sur le développement du cerveau mettent en évidence l'importance de clarifier rapidement le projet de vie de l'enfant afin qu'il puisse bénéficier le plus tôt possible d'un milieu apte à répondre à ses besoins, où il puisse exercer ses facultés d'attachement avant de les perdre.

Les types d'attachement¹⁸

En 1979, Mary Ainsworth et ses collaborateurs créent une situation expérimentale appelée « situation étrangère ». Cette situation permet d'évaluer le type de relation entre le jeune enfant et la figure maternelle dans un contexte générant un certain stress dû à la nouveauté et à des séparations temporaires de la mère.

À partir des réactions de l'enfant, Ainsworth parvient à différencier trois types d'attachement. Mary Main ajoutera un quatrième type dans les années 90. Chaque type d'attachement est associé à la réponse plus ou moins sensible, plus ou moins appropriée et rapide de la figure maternelle aux signaux de détresse de son bébé. En effet, l'attitude de l'enfant dans la situation étrangère reflète sa perception de la réponse attendue de la mère.

¹⁷ Étude sur la petite enfance. L'institut canadien des recherches avancées. Avril 1999.

¹⁸ Voir : Paquette, D., St-Antoine, M. et Provost, N. (2000). *Formation sur l'attachement. Guide du formateur*. Montréal : Institut de recherche pour le développement social.



L'attachement sécurisant

Les enfants sécurisés (type B) recherchent spontanément la proximité et le contact avec la mère lorsqu'ils sont en sa présence. Bien que perturbés par le départ de leur mère, ils recherchent immédiatement le contact avec elle à son retour. Une fois pris dans les bras, ils se montrent rapidement réconfortés, et acceptent rapidement de retourner à leurs jeux. Ces enfants démontrent peu d'anxiété et un état d'apaisement s'installe rapidement au retour de leur mère. Ces bébés manifestent déjà à cet âge une confiance de base qui leur permet de réduire leur état de stress une fois réconfortés par leur mère. La relation sécurisante à leur mère fait en sorte qu'ils se montrent plus disponibles pour explorer leur environnement et par le fait même à mieux s'y adapter.

Le pattern de sécurité est caractérisé par la détresse lors de la séparation et la réassurance lors de la réunion et reflète un modèle opérationnel interne où l'adulte est perçu comme pouvant réconforter l'enfant. Cet attachement sécurisant est présent chez environ 62% de la population.

L'attachement évitant

Les enfants évitants (type A) sont caractérisés par un évitement du contact avec la figure maternelle et de sa proximité. Ils ne réagissent pas au départ de leur mère et même s'ils remarquent son retour, ils présentent des réponses d'évitement comme de lui tourner le dos ou d'éviter de la regarder. Ils ne recherchent pas non plus le contact physique avec elle à son retour. Ils n'accueillent pas leur mère et les tentatives de rapprochement ne servent à rien. Si la mère cherche à les prendre dans ses bras, il arrive qu'ils se renversent ou se contorsionnent pour redescendre. Il arrive fréquemment qu'ils se détournent de leur mère pour porter leur attention vers un jouet ou un objet éloigné.

Bowlby utilise la réponse d'évitement pour indiquer que déjà à 12 mois, certains enfants n'expriment plus à leur mère certaines de leurs plus vives émotions, pas plus que le désir profond de réconfort et la confiance qui l'accompagne.

Le pattern évitant indique un manque de confiance quant à la disponibilité du donneur de soin pour réconforter, menant à une stratégie où l'enfant tente précocement de contrôler ou minimiser ses émotions. Ce type d'attachement caractérise 14% de la population.

L'attachement ambivalent ou résistant

Les enfants ambivalents ou résistants (type C) éprouvent un besoin intense de se coller à la mère ce qui entrave leur capacité à explorer leur environnement. Ces bébés semblent intensément affectés par la séparation et se montrent très ambivalents à l'égard de leur mère lorsqu'ils la retrouvent. Ils désirent être tout près d'elle mais sont en colère contre elle et n'arrivent pas à se calmer. Ils s'accrochent, ne veulent pas être remis par terre, manifestent des gestes de colère et tardent à retourner aux jeux. Ces enfants semblent avoir intériorisé l'image d'une mère répondant de façon inconsistante à leurs besoins.

L'enfant ambivalent-résistant qui démontre de la détresse à la séparation mais n'est pas réconforté à la réunion apparaît avoir adopté la stratégie d'exagérer l'affect dans le but d'avoir l'attention du donneur de soin. Ces enfants représentent environ 9% de la population.

Il est important de souligner que les types A et C ne sont pas des catégories cliniques indiquant un problème de mésadaptation sociale chez les enfants. Ce sont des formes d'adaptation des individus à leur milieu social qui ne conduiront pas nécessairement à des problèmes ultérieurement. L'organisation affective pathologique se caractérise en effet par une entrave aux autres domaines d'adaptation. Les comportements de l'enfant diffèrent alors de ceux attendus d'un enfant de même niveau développemental et les problèmes d'adaptation sont intenses et



persistants.

L'attachement désorganisé / désorienté

Contrairement aux enfants évitants et ambivalents, les enfants désorganisés-désorientés (type D) ne semblent pas avoir développé de stratégies adéquates pour gérer le stress de la séparation. Placés dans la situation étrangère, ils présentent des réactions individuelles variables. L'enfant peut demeurer pétrifié, immobile, tomber face contre terre, avoir des stéréotypies ressemblant à des tics, ou montrer simultanément des modèles de comportements contradictoires comme marcher en détournant la tête. Souvent, nous pouvons observer un mouvement vers la mère qui à la dernière minute est freiné et détourné.

Selon la recherche, les comportements de l'enfant trahissent son incapacité à faire face et à résoudre la situation de stress parce que le parent serait à la fois source d'anxiété et potentiel de sécurité. Ceci mène à un effondrement des comportements d'attachement organisés. La recherche a démontré que ces enfants avaient souvent subi de mauvais traitements. Comme l'enfant recherche inévitablement le parent en cas de détresse, un paradoxe est induit chez ce dernier dans le cas où son parent manifeste des comportements qui l'effraient ou l'alarment. En effet, à ce moment, l'enfant active simultanément une approche du parent qui sert de refuge et une fuite de la source de danger. On assiste alors à un effondrement des stratégies comportementales, car il ne peut ni s'approcher (les stratégies sécurisées et résistantes-ambivalentes), ni détourner son attention (la stratégie évitante).

La classification désorganisé/désorienté est donc associée à la maltraitance de l'enfant, ainsi qu'à des traumatismes non-résolus dans l'histoire du parent. Des causes plus subtiles mais ressenties profondément du point de vue de l'enfant comme des moments de dissociation et d'effroi observés chez les parents pourraient également contribuer à susciter la peur de l'enfant. La prévalence de l'attachement désorganisé est fortement associée à la présence de facteurs de risque dans la famille comme la maltraitance, la dépression majeure ou le trouble bi-polaire, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Plusieurs études récentes (voir Fonagy, 2001) laissent croire que la désorganisation de l'attachement chez l'enfant est liée à la psychopathologie. Ce type d'attachement est présent chez environ 15% de la population.

Comment identifier les troubles de l'attachement : guide pratique

Les travaux portant sur les troubles de l'attachement s'inscrivent dans un cadre théorique différent de celui d'Ainsworth, qui est totalement inspiré de la théorie de Bowlby. Dans les dernières années, sous l'influence d'un courant davantage psychiatrique, plusieurs cliniciens se sont préoccupés d'arriver à différencier les attachements pathologiques (donc inadaptés) des autres. Il faut se rappeler que même si certains types d'attachement mis en évidence par Ainsworth et ses collaborateurs étaient davantage corrélés à des problèmes d'inadaptation sociale, aucun type d'attachement dans ce système n'était en soi pathologique.

La pratique clinique (avec les nombreuses décisions qui y sont associées) oblige l'intervenant à se doter de moyens d'observation pour déterminer si l'enfant est en train de perdre ses facultés d'attachement ou si malheureusement, il souffre déjà de troubles de l'attachement. Les grilles d'observation proposées ci-après sont tirées de la formation sur l'attachement¹⁹ et sont inspirées

19 Voir : Paquette, D., St-Antoine, M. et Provost, N. (2000). Formation sur l'attachement. Guide du formateur. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.



des travaux de Steinhauer (1996), Lieberman et Zeanah (1995) ainsi que ceux de Rycus et Hugues (1998).

L'évaluation du lien d'attachement ne doit jamais se faire uniquement à partir d'entrevues avec les parents même si ces entrevues sont utiles pour connaître l'histoire de l'enfant et des parents, leur passé et leur histoire d'attachement. L'observation directe de l'interaction entre les parents et l'enfant demeure essentielle. En effet, la lecture que le parent fait de sa relation avec l'enfant peut s'avérer fort différente de l'observation qu'un intervenant peut en faire.

L'attachement demeure une dimension affective difficilement quantifiable. Il est nécessaire d'observer les interactions entre la dyade, notamment les réponses de la mère aux besoins de l'enfant et les réactions de ce dernier aux attitudes de la mère. C'est au cours de ces échanges que peuvent être observés les signes d'éventuels problèmes d'attachement.

D'autre part, les comportements présentés par l'enfant parlent souvent de la perception qu'a l'enfant de la relation avec ses parents, de ses attentes par rapport à eux. Même si l'enfant n'utilise pas de mots, il exprime par ses attitudes et ses comportements son point de vue sur l'état du lien. L'intervenant doit donc apprendre à lire ces signes.

Poser un jugement clinique sur les liens d'attachement

Avant de poser un jugement clinique sur les liens d'attachement et sur les éventuels problèmes d'attachement, il est important que le clinicien :

- S'assure de connaître les indicateurs de troubles de l'attachement;
- S'assure de recueillir suffisamment d'informations après avoir observé les attitudes et comportements d'attachement pendant une période suffisamment longue;
- Tienne compte de l'âge de l'enfant et vérifie si le développement normal y correspond.

Contexte d'observation

La première évaluation du lien d'attachement parent-enfant doit être réalisée à l'étape de l'évaluation et de l'orientation et, préférablement, avant que ne survienne le placement de l'enfant. Cette évaluation nécessite des observations de l'enfant dans divers environnements, notamment ceux où il passe le plus de temps et en compagnie des personnes qu'il côtoie régulièrement. Elle doit faire l'objet d'une réflexion approfondie basée sur plusieurs observations. Éthier et al. (1998) suggèrent de 4 à 6 visites au domicile du parent en présence de l'enfant. De plus, ces observations devraient être faites à des moments variés et dans des situations différentes comme par exemple lors d'un contact parent-enfant ou dans le cadre d'une activité précise (jeux, repas, coucher, contact avec un adulte étranger).

Il est important lors du premier contact enfant-intervenant de noter à la fois les réactions spontanées de l'enfant mais aussi le contexte de la rencontre. Par exemple :

Réactions spontanées	Contexte
<ul style="list-style-type: none">• L'enfant va se cacher.• Il tend les bras pour se faire prendre.• Il pleure constamment.• Il s'éloigne mais garde un contact visuel.• Il refuse de nous saluer.	<ul style="list-style-type: none">• L'enfant est seul ou non avec l'intervenant.• La rencontre a lieu dans son milieu naturel, à l'école, à la garderie, au bureau.• L'enfant est malade ou perturbé par un événement récent.• La personne la plus significative est présente.

Il est important d'identifier la personne la plus significative pour l'enfant en observant vers qui il va spontanément et le plus souvent pour se faire reconforter, à qui il pose ses questions, à qui il fait



savoir qu'il a faim ou froid, à qui il demande des permissions ou de l'aide.

Enfin, l'arrivée et le départ de la personne significative et des autres personnes constituent des moments clefs de l'observation.

Indicateurs d'un éventuel problème d'attachement

Certains comportements peuvent suggérer la présence d'un éventuel problème d'attachement. Paquette, St-Antoine et Provost (2000) suggèrent les indicateurs suivants tout en prenant soin de préciser que seul le cumul et la répétition des indicateurs ainsi que la cohérence du tableau clinique de l'enfant peuvent permettre de conclure à des difficultés au niveau du lien d'attachement.²⁰

Enfants âgés de 0 à 24 mois

- Ne regarde pas dans les yeux.
- Ne babille, ni ne gazouille. Vocalise peu.
- Ne veut pas que sa mère lui donne le biberon, mais l'accepte d'une autre personne.
- Se réfugie dans le sommeil (dort beaucoup) ou éprouve des difficultés à dormir.
- Son tonus musculaire est faible (difficulté de préhension / tête ballante).
- Pleure abondamment.
- Se raidit lorsque sa mère le prend.
- Le sourire se fait rare ou est absent.
- Ne rit pas dans des situations amusantes.
- Ne s'intéresse pas spécialement à sa mère.
- Ne la cherche pas du regard ou refuse le contact visuel.
- Ne recherche pas à être consolé par elle.
- Réagit à la séparation soit en ne manifestant que très peu de détresse, soit (au contraire) en se montrant complètement inconsolable.
- Ne tend pas les bras vers la mère (pas d'accrochage).
- Ne témoigne d'aucune réserve ou prudence face aux personnes étrangères.
- Passivité, inhibition de l'exploration.
- Activités motrices intenses : passe d'un jouet à l'autre, bouge beaucoup, fouille continuellement, brise les objets. Peut alors se mettre en situation de danger.
- Instabilité, pleurs fréquents, crises de colère. L'enfant ne se calme pas au contact de son parent.
- Rampe ou marche tardivement. (***)
- Autostimulation, mouvements de balancement « rocking », manies occupationnelles, tendance à se frapper la tête contre un mur.
- Mange peu, pas du tout (anorexie du nourrisson) ou exagérément.
- Vomissements fréquents.

Divers retards de développement : langage, motricité, socialisation, développement cognitif et affectif. (***)

*** Pour cet item, le recours à une grille normative deviendra nécessaire afin d'évaluer plus précisément les retards de développement de l'enfant.

²⁰ Nous retrouvons ces indices dans le Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer.



Enfants âgés de 2 à 6 ans

Aspects du langage, de la motricité et de la cognition

- Retards du développement. (***)
- Aspect physique.
- Problème de sommeil.
- Problèmes de santé fréquents : asthme, infections...
- Problème de santé non traités.
- Retard d'acquisition de la propreté.
- Retard de croissance (taille, poids).
- Troubles d'alimentation.

Aspects social et affectif

- Absence de contact visuel direct avec les personnes de son entourage.
- Fuit le regard lorsqu'on s'adresse à lui.
- Retiré, isolé, anxieux.
- Instabilité, crises fréquentes : donne des coups de pied, mord, hurle sans raison apparente.
- Agressif avec les pairs.
- Faible tolérance aux refus, aux délais d'attente, aux exigences de la réalité quotidienne.
- Déambule constamment, obéit peu ou pas du tout, est opposant.
- Difficulté d'attention, de concentration.
- Hyperactivité.
- Réduit la communication au minimum ou au contraire, la recherche auprès de n'importe quel adulte.
- Expression faible ou absente des émotions. Émotions réprimées ou encore sans concordance avec la situation du moment.
- Tentatives de séduction suivies de brusques éclats agressifs.
- Facilement désarmé devant l'absence de sa mère et nécessitant beaucoup de temps pour être rassuré.
- Ambivalent dans les contacts : les recherche et les fuit à la fois.
- Refuse le réconfort.
- Intrusif et accaparant.
- Trop facilement familier avec les étrangers.
- Détruit les bons moments du passé avec l'adulte.
- Ne conserve pas ou détruit les objets personnels.
- Difficulté d'intégration à la garderie, à la maternelle.
- Réalise difficilement des apprentissages, s'y montre peu intéressé.
- N'arrive pas à se faire des amis.
- Comportement agressif envers lui-même ou envers son entourage (parents et pairs).
- Affect superficiel (sourires excessifs, rires factices...).
- Attitudes parentifiées : autonome à l'excès et/ou enclin à se comporter sur un mode pseudo-adulte à l'endroit de ses pairs.
- Imprudence (témérité) excessive.
- Vagabondage.

***Pour cet item, le recours à une grille normative deviendra nécessaire afin d'évaluer plus précisément les retards de développement de l'enfant.



Recours à l'expertise d'une clinique d'attachement

Il existe des cliniques spécialisées qui évaluent le lien d'attachement. Le recours à une expertise en clinique d'attachement se justifie généralement en raison de :

- La présence de problèmes de développement ou de comportement;
- La complexité du cas dont les orientations sont dans une impasse appréhendée;
- D'une situation où des ruptures de liens d'attachement se sont déjà produites ou risquent de se produire (déplacements multiples);
- D'une situation où les figures d'attachement que connaît l'enfant risquent de disparaître pour des raisons d'ordre administratif, judiciaire ou autre, apparemment incontournables.

La réflexion sur l'utilisation de telles cliniques reste à poursuivre.

Recours au Q-Sort des comportements maternels et au Q-Set sur l'attachement

Lorsque l'intervenant remplit la section 3 du *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer* et que plusieurs indices de problèmes de sensibilité maternelle (enfants de 0 à 12 mois) ou de problèmes d'attachement (enfants de plus de 1 an) sont présents, il peut s'avérer pertinent de procéder à une évaluation plus poussée à l'aide du Q-Sort des comportements maternels ou du Q-Set sur l'attachement.

Le développement de la qualité du lien : guide pour l'intervention

Il existe plusieurs stratégies d'intervention visant à développer la qualité du lien d'attachement parent-enfant. On peut cependant parler de deux grands types d'interventions : l'une davantage centrée sur la modification des représentations internes du parent et l'autre centrée sur le développement de la sensibilité parentale à travers les modifications de comportement (Paquette et al., 2000). Nous y reviendrons un peu plus loin. Mais avant, il y a lieu de se demander sur quels éléments il est possible de se baser pour estimer les chances de succès de l'intervention ?

L'établissement d'un pronostic²¹

Dès l'évaluation de la situation, un pronostic peut être formulé quant à la probabilité pour le parent de se mobiliser dans un travail qui améliore le lien d'attachement. Il existe un certain consensus dans la communauté scientifique sur le sujet. Plus la position défensive des parents est importante (incluant idéalisation, dénigrement, répression d'affects, isolation, clivage, intellectualisation), plus le pronostic est sombre. Parmi ces parents, il y a ceux qui sont incapables de reconnaître la situation problématique, ceux qui en rejettent les causes à l'extérieur et ceux qui idéalisent la relation à leur enfant, incapables d'introspection.

La présence de signes de fragilité dans le processus défensif permet par ailleurs d'établir un meilleur pronostic. En effet, plus les parents arrivent, au fur et à mesure du travail entrepris, à reconnaître des aspects déniés d'eux-mêmes, plus le pronostic est positif.

Le modèle d'intervention axé sur la modification des représentations internes²²

Cette approche développée par Fraiberg (1983) est basée sur le postulat que la transmission intergénérationnelle des pathologies des liens d'attachement peut être évitée quand le parent

²¹ Voir : Paquette, D., St-Antoine, M. et Provost, N. (2000). Formation sur l'attachement. Guide du formateur. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

²² Voir : Paquette, D., St-Antoine, M. et Provost, N. (2000). Formation sur l'attachement. Guide du formateur. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.



reconnait la souffrance de son passé, tout en étant capable de reprendre contact avec ce qu'il a éprouvé dans l'enfance.

Dans cette approche, le travail visant à améliorer le lien d'attachement parent-enfant passe par l'utilisation des interactions entre le parent et le bébé pour renforcer l'attachement, tout en remettant peu à peu le parent en contact avec ses propres souffrances, à travers les difficultés actuelles vécues avec l'enfant. Il s'agit d'aider le parent à devenir plus sensible au bébé en l'aidant à explorer les origines de ses propres difficultés. Des rencontres à la maison en présence de l'enfant deviennent ici le principal outil de travail de l'intervenant.

Lors de ces rencontres, l'intervenant parle au parent de ce qui se passe entre lui et son enfant. Il lui demande comment il interprète les différentes réactions de l'enfant. Il l'aide à décoder ce qui lui est difficile de comprendre des besoins ou messages de l'enfant. L'intervenant renforce les capacités du parent à décoder certains types de message de l'enfant et le valorise. Il cherche aussi à comprendre avec lui pourquoi il reste sourd à d'autres types d'appels.

C'est l'occasion de faire parler le parent des relations à ses propres parents. Les échanges se font donc toujours du présent au passé, les difficultés actuelles venant interroger le passé. La capacité du parent à avoir accès et à se connecter à des expériences pénibles de son passé peut faire en sorte qu'il devienne peu à peu capable d'éviter ces situations, maintenant reconnues et éprouvées comme souffrantes à son enfant.

La vignette clinique suivante permet de comprendre davantage comment ce type de travail peut parvenir à améliorer l'attachement parent-enfant:

Vignette clinique : Mary (tirée du texte " Fantômes dans la chambre d'enfants ")

Au début de l'intervention, Mary, âgée de 5 mois et demi, démontre peu d'intérêt pour son environnement et se présente comme apathique et trop calme. La relation à sa mère semble médiocre et elle ne sourit que rarement. Elle ne s'approche pas spontanément de sa mère, ni par le regard, ni en essayant de la toucher. Elle vocalise aussi très peu. Quand elle est inconfortable ou anxieuse, elle ne se tourne pas vers sa mère. Pour sa part, la mère semble murée dans quelque secrète terreur, lointaine, absente, mais démontrant à l'occasion qu'elle peut s'occuper de son enfant.

Une observation permet au thérapeute²³ de faire une hypothèse sur ce qui peut empêcher la mère d'être en relation avec son bébé. Lors de la deuxième rencontre, Mary se met à pleurer, pousse des cris rauques et finit par hurler de désespoir dans les bras de sa mère mais elle ne se tourne pas vers cette dernière pour chercher du réconfort. La mère semble distante, absorbée dans ses pensées. Elle fait un geste distrait pour consoler sa fille, puis renonce. Elle détourne le regard. Les cris se poursuivent pendant de longues minutes. La thérapeute résiste à son envie de consoler elle-même le bébé. Plutôt, elle demande, d'un ton supportant à la mère, ce qu'elle fait pour consoler sa fille, lorsqu'elle pleure ainsi. Balbutiements de la mère comme toute réponse. Cette scène amène la thérapeute à se demander ce qui empêche cette mère d'entendre son bébé pleurer.

Dans les premières phases du traitement, la mère raconte son histoire avec hésitation, sur un ton distant et triste. C'est une lugubre histoire de pauvreté, avec de sinistres secrets de famille, des psychoses, de l'abandon, de la négligence et une tradition de promiscuité chez les femmes. La mère de Mary est l'enfant exclue d'une famille exclue. Pendant que la mère raconte son histoire, Mary est assise sur le canapé ou couchée par terre, la froideur et la tristesse du visage de sa mère se reflétant sur le sien

²³ Le travail illustré ici implique un thérapeute mais pourrait être fait par un intervenant.



La thérapeute comprend de l'histoire de la mère que les pleurs de cette dernière n'ont jamais été entendus. La voix distante de la mère, sa réserve et son retrait s'avèrent des attitudes défensives contre un chagrin et une souffrance intolérables. Elle semble s'être complètement fermée à l'enfant qui pleure en elle, comme elle se ferme aux pleurs de son propre bébé.

La thérapeute favorise alors l'expression des sentiments à travers une relation de confiance avec la mère. La mère passe ainsi de son bébé «je ne peux pas aimer Mary» à sa propre enfance «personne ne veut de moi». Après l'avoir écoutée, la thérapeute met des mots sur les sentiments de la mère, enfant. Ainsi, elle lui dit: "comme cela a dû être dur pour vous...Ceci a dû vous faire très mal...Bien sûr, vous aviez besoin de votre mère. Vous n'aviez personne sur qui compter...Parfois les adultes ne comprennent pas tout ce que cela peut signifier pour un enfant. Vous avez dû avoir besoin de pleurer...Il n'y avait personne pour vous entendre."

Graduellement, la mère commence à avoir de la peine, à pleurer et à ressentir une angoisse indicible pour l'enfant laissée-pour-compte qu'elle a été. Cela semble un soulagement pour la mère de pleurer, un réconfort de sentir la compréhension du thérapeute. Parallèlement, la thérapeute observe les changements prenant place dans la relation de la mère avec Mary. Au début, la mère ne faisait aucun cas de son bébé, lorsqu'il n'exigeait pas de soins. Peu à peu, à mesure que la mère se donne le droit de se rappeler ses sentiments, de pleurer, elle tente aussi de se rapprocher de son bébé. Elle prendra Mary mais en restant d'abord distante. Puis, après un mois, elle va prendre Mary au milieu d'une crise de larmes et lui chantonner quelque chose la voix brisée par le chagrin. Cette conduite se répète plusieurs fois par la suite.

Devant l'amorce de contact, la thérapeute fait le maximum pour favoriser ce début d'attachement. Quand Mary sourit, la thérapeute lui fait remarquer qu'elle-même n'a pas droit à un si beau sourire. Quand la mère console Mary en larmes, elle lui dit: « c'est tellement bon quand maman comprend ce que je veux». La mère sourit alors timidement, mais avec fierté. La thérapeute partage aussi avec les parents le plaisir d'observer le développement de Mary et ses nouvelles acquisitions. Peu à peu, les parents commencent à goûter ce plaisir et à apporter leurs propres commentaires sur les nouvelles réalisations de leur fille.

En quatre mois de traitement, Mary devint en bonne santé et souvent même joyeuse. La mère était devenue affectueuse et fière. Cependant, la thérapeute continuait de la trouver déprimée. Le travail a permis non pas de guérir la mère mais de contrôler son état, de sorte que sa pathologie n'englobe plus son bébé.

Il est à noter que, ne serait-ce de l'évolution de cette mère, la même démarche aurait pu permettre d'arriver à la conclusion que le lien d'attachement ne pouvait être établi ou rétabli.

Le modèle axé sur la modification de la sensibilité parentale

Cette approche se base sur le postulat qu'une amélioration de la sensibilité parentale permettra une modification du lien parent-enfant dans le sens d'une plus grande sécurité. Le but de cette approche est de rendre le parent davantage sensible aux signaux émis par l'enfant, aux besoins de ce dernier (selon son stade de développement), ainsi qu'aux soins à lui prodiguer. En général ce type d'intervention cible le développement des connaissances et l'acquisition de compétences pratiques. Par exemple, dans certains programmes, des informations concernant les stades de développement de l'enfant sont transmises aux parents et des conseils donnés à propos des soins à prodiguer lors de visites à domicile. Dans d'autres, l'intervenant sert de modèle et accompagne le parent dans la mise en pratique des comportements et attitudes souhaitées. Ce « modeling » est assorti d'un support concret ou d'une aide dans le décodage des signaux émis par l'enfant. Les ateliers de stimulation précoce offerts au Centre jeunesse de Montréal sont un excellent exemple de cette approche.

Nous vous présentons quelques programmes prometteurs axés sur la modification de la sensibilité



parentale. Ils sont tirés de l'excellente revue de littérature de Parent et al. (2000), où vous pourrez trouver beaucoup d'autres recherches visant à améliorer la sensibilité parentale :

L'approche d'Anisfeld

En 1990 Anisfeld et ses collaborateurs mettent sur pied une intervention simple pour promouvoir le contact physique mère-enfant dès les premiers jours de vie. À la naissance de l'enfant, ils font cadeau à 60 mères de faible niveau économique d'un porte-bébé ventral ou sac kangourou, leur en montre l'usage et les incite à s'en servir tous les jours. Les auteurs postulent que la proximité engendrée par le porte-bébé va favoriser chez la mère une plus grande sensibilité aux signaux de l'enfant. La moitié des mères reçoivent un siège de bébé rigide et l'autre un porte-bébé. Les femmes s'engagent à ne pas se servir de l'autre article. Le suivi s'étend sur une période de 13 mois. Les résultats démontrent que 83% des mères du groupe expérimental ont un enfant dont l'attachement est sécurisant comparativement à 38% pour le groupe contrôle. Les mères du groupe expérimental démontrent aussi une plus grande réactivité et sensibilité à leur bébé. On peut se demander si les résultats obtenus ne sont pas en lien avec le fait que le contact corporel entre la mère et le nouveau-né produit un effet apaisant qui se répercute sur le développement du cerveau, tel que les récentes découvertes sur l'importance du toucher tendent à le démontrer.²⁴

L'approche de Krupka

En 1995 Krupka met sur pied un programme d'intervention appelé « être parent ». Ce programme s'adresse à des mères adolescentes et comporte 12 à 16 visites. Chaque visite se divise en 3 parties. Premièrement, il y a prise de contact avec soutien émotionnel et instrumental de la mère. Deuxièmement, l'intervenante filme pendant 6 minutes une séquence d'interaction mère-enfant qu'elle visionne ensuite avec la mère. Au cours de ce visionnement, elle aide la mère à identifier les moments où l'enfant signale un besoin, elle renforce la mère pour les moments où elle s'est montrée sensible et ceux où elle a partagé des affects avec l'enfant. Dans la troisième partie, l'intervenante propose certaines activités qui permettent à la mère de jouer un rôle plus actif dans les interactions avec l'enfant. C'est elle qui doit maintenant détecter les signaux de son enfant, répondre de façon cohérente et noter des réactions de son bébé lorsqu'elle agit de façon sensible. Les résultats démontrent qu'à la fin de la première année, 68% des enfants du groupe expérimental présentent un attachement sécurisant comparé à 35% dans le groupe contrôle.

L'approche de Van den Boom

Le programme mis sur pied par Van den Boom (1990, 1994, 1995) utilise également l'enregistrement vidéo dans un programme d'intervention brève (3 rencontres de 2 heures) auprès de dyades mère-enfant dont l'enfant (âgé de 6 mois) présente un tempérament irritable. L'intervenante guide les mères à travers les 4 étapes du processus de réponse aux indices comportementaux émis par l'enfant : percevoir le signal, l'interpréter correctement, sélectionner la réponse appropriée et répondre efficacement. Des moyens sont proposés afin de promouvoir la synchronie affective (imitation du comportement du bébé, être silencieuse lorsque le bébé est inattentif) et des réponses nouvelles aux besoins de l'enfant sont introduites sous forme de jeux. Les résultats démontrent une proportion significativement plus élevée d'attachement sécurisant à leur mère dans le groupe expérimental (62% pour l'expérimental et 22% pour le contrôle). Des évaluations après six mois signalent une accentuation de l'écart entre les deux groupes (72% pour le groupe expérimental et 26% pour le contrôle). De plus, lorsque l'enfant a 18, 24, et 42 mois, les mères du groupe intervention continuent de se montrer plus sensibles. Les enfants interagissent de façon plus coopérative, autant avec leur mère qu'avec leurs pairs.

²⁴ Meaney, M. (1997). Le développement de l'enfant et ses effets à long-terme sur la santé. Conférence présentée à l'Université McGill dans le cadre de l'Institute for CorTexT Research and Development.



Plusieurs auteurs s'entendent pour convenir que les caractéristiques des programmes qui fonctionnent bien sont les suivantes :

- Visites à la maison;
- Continuité de la présence;
- Soutien positif de la mère;
- Temps d'intervention assez long.

Lorsqu'un enfant présente des troubles sévères d'attachement ²⁵ : principes d'intervention

Le but de l'intervention auprès de l'enfant présentant des troubles de l'attachement sera de fournir des soins suffisamment bons, qui avec le temps, seront assez sécurisants pour amener l'enfant à commencer à former un attachement à au moins un dispensateur de soins.

« Personne, ne peut forcer ou manipuler un enfant qui présente des troubles sévères d'attachement à créer un lien avec un adulte. La seule chose qui puisse être faite est de fournir les conditions où les plus résistants et perturbés vont, après des années de distance, se sentir assez en confiance dans le milieu, pour se permettre de risquer à nouveau de s'engager avec un adulte. (Paul Steinhauer, 1999)»

L'intervention visera donc à offrir à l'enfant une sécurité, une constance, un cadre prévisible, un environnement qui ne lui fera pas défaut, avec des rituels et des routines établis. L'intervenant²⁶ servira de contenant à l'enfant tout en préservant avec lui une distance émotionnelle.

Premier principe

Le premier principe consiste à offrir à l'enfant un cadre contenant. On cherche à offrir à l'enfant une sécurité, une constance, un cadre prévisible, un environnement qui ne lui fera pas défaut.

Des rituels et des routines sont établis dans le quotidien de l'enfant de telle sorte que ce dernier puisse peu à peu appréhender le monde autour de lui comme davantage prévisible et de ce fait plus sécurisant.

Lorsque des changements dans le cadre de vie doivent prendre place, l'enfant y est préparé à l'avance.

Plus l'enfant éprouve des difficultés à se contenir, plus l'intervenant doit resserrer le cadre autour de lui en structurant son temps, en lui précisant constamment ce qu'il attend de lui, en établissant des règles claires qui serviront de balises à l'enfant. Certains enfants ont besoin d'être gardés à portée de vue et de voix.

L'intervenant sert de contenant à l'enfant. Il l'arrête, contrôle ses débordements, ses désorganisations. Il lui offre un environnement où il ne se fera pas mal et ne fera pas mal aux autres, où on assure sa sécurité. L'enfant doit peu à peu acquérir la conviction que tout le monde est en sécurité dans le milieu.

Une vigilance constante est exercée pour protéger l'enfant de l'excès de stimulations. En effet, en raison d'une difficulté à se protéger contre l'envahissement du monde extérieur, l'enfant en trouble

²⁵ Cette section est tirée d'un document produit par Michelle St-Antoine en 2001 (« Présentation des ressources pour enfants en troubles d'attachement à la D.S.J.). Ce document résume les constats cliniques (largement inspirés de Steinhauer) de l'équipe d'intervenants travaillant depuis près de trois ans auprès des ressources pour enfants en troubles d'attachement des C.J.M.

²⁶ L'intervenant est pris au sens large du terme, c'est-à-dire celui qui intervient auprès de l'enfant : famille d'accueil, ressource intermédiaire, intervenant psychosocial, éducateur, éducateur de garderie et autres...



d'attachement se désorganise lorsqu'il est trop stimulé. L'enfant peut avoir besoin d'être seul de temps à autre pour s'apaiser.

Ces enfants peuvent parfois ressentir le besoin de se sentir «contenus» physiquement pour diminuer l'angoisse qu'ils ressentent. Par exemple cet enfant qui ne dormait pas et qui a réussi à s'apaiser lorsqu'on lui a donné un petit sac de couchage ou bien cet autre enfant qui malgré son âge, doit encore être maintenu dans une chaise haute lors des repas parce qu'il se sent davantage en sécurité et moins menacé par les autres enfants. Ces différents moyens permettent à l'enfant, fragile au niveau de ses frontières corporelles, de se doter d'une «deuxième peau».

Deuxième principe

Le deuxième principe consiste à préserver la distance émotionnelle avec l'enfant. L'intervention ne vise pas à ce que l'enfant crée un lien d'attachement dans un premier temps. L'intervenant doit éviter de nourrir trop d'attentes affectives et émotives envers l'enfant. Il ne doit pas chercher à s'approcher de l'enfant et à lui donner de l'affection.

Les exigences de proximité physique doivent être restreintes. L'enfant doit décider lui-même du rythme de rapprochement. Si par exemple l'enfant ose s'approcher de l'adulte, celui-ci le reçoit chaleureusement, mais sans souligner l'événement et sans lui exprimer trop d'affection à son tour.

L'intervenant accompagne l'enfant, vit à côté de lui plutôt que de forcer la relation. Il se centre davantage sur les comportements de l'enfant que sur leur relation affective.

L'intervenant doit se prémunir contre toutes attentes irréalistes quant aux progrès de l'enfant et au temps nécessaire pour qu'ils prennent place. Ceci évitera des déceptions et un sentiment de d'impuissance que l'enfant ressentira et portera douloureusement.

L'intervenant est soutenu pour éviter de perdre espoir et de se laisser envahir par les difficultés de l'enfant. Il doit éviter le piège de penser qu'il n'est plus la bonne personne pour l'aider, que l'enfant serait mieux ailleurs. Le fait de survivre aux attaques de l'enfant sans le déplacer à nouveau constitue un objectif valide dans les premiers temps du placement.

Une vigilance est exercée afin que l'intervenant ne se sente pas visé personnellement par les propos ou attitudes de l'enfant. Ce dernier a besoin de tester la solidité de l'intervenant et de mettre à l'épreuve la capacité de ce dernier à le contenir.

Troisième principe

Le troisième principe consiste à offrir à l'enfant une présence non-punitive mais offrant des limites très fermes. L'intervenant cherche à éviter la guerre de pouvoir dans laquelle l'enfant cherche à l'amener. Face à un enfant qui se montre inatteignable et cherche à contrôler, le danger est toujours grand d'entrer dans une lutte gagnant-perdant, de devenir trop punitif, parce que l'enfant ne semble pas affecté par les punitions qu'on lui donne.

La tentation de changer sans cesse de type de punition parce qu'on a l'impression que rien n'atteint l'enfant doit aussi être évitée. Ceci est contre-indiqué dans la mesure où c'est la répétition de la même conséquence à l'acte qui aidera l'enfant à comprendre et accepter les limites de ce qui est acceptable ou non. Il faut être constant et punir les actions répréhensibles de la même façon (et ce même si l'enfant ne semble pas affecté par la punition).

Avec certains enfants, il est impossible de reprendre les événements sans qu'ils ne se désorganisent à nouveau. Il faut alors éviter les longues explications et simplement mettre la limite.

L'intervention doit être souvent dépersonnalisée. On ne peut demander aux enfants en troubles d'attachement de cesser un comportement répréhensible pour faire plaisir à l'adulte. Il faut utiliser la règle plutôt que de miser sur la relation. Par exemple, l'intervenant doit interdire un



comportement ou fixer une limite en évitant de faire référence à lui-même («je ne veux pas que tu fasses cela») et plutôt faire référence à des règles du foyer ou de la société.

De même, on peut utiliser une horloge, une montre ou un chronomètre pour indiquer à l'enfant l'heure où une activité prendra fin. Ceci permet à l'enfant de ne pas avoir l'impression de se soumettre complètement au pouvoir de l'adulte.

L'utilisation de systèmes d'émulation qui permettent à l'enfant de se reprendre est privilégiée. Ceci permet de défaire le clivage qui est souvent présent chez ce type d'enfant, clivage qui le fait sentir entièrement mauvais dès qu'il pose de mauvaises actions. Avec un système d'émulation nous aidons l'enfant à voir les bons **et** les mauvais moments de la journée par exemple. En effet, une fois qu'il a le sentiment d'avoir tout perdu, l'enfant risque d'escalader dans l'agir négatif.

Quatrième principe

Le quatrième principe consiste à doser le positif (compliments, encouragements) afin de contrer le mécanisme de brisure relationnelle. L'intervenant doit doser les encouragements, les compliments jusqu'à ce que l'enfant puisse les absorber sans détruire par la suite la relation.

L'enfant doit être aidé à réparer les choses qu'il brise, à s'excuser auprès des gens qu'il blesse. En effet, les enfants présentant des troubles de l'attachement ont l'impression de devenir tout méchant dès qu'ils font une mauvaise action et ils peuvent à ce moment agir comme s'ils n'avaient plus rien à perdre.

Il peut être intéressant de conserver certains objets importants pour l'enfant, par exemple des productions, des photos de famille, d'enfance afin de les mettre temporairement à l'abri de leurs moments de destruction.

Cinquième principe

Le cinquième principe consiste à servir de miroir à l'enfant pour l'aider à comprendre et à identifier ce qui se passe en lui. L'aider à développer peu à peu une capacité à reconnaître ses émotions et à les contrôler. Les désorganisations des enfants en trouble d'attachement apparaissent souvent aux intervenants comme imprévisibles. Un examen plus fouillé des événements précédant la désorganisation permet dans plusieurs cas d'identifier les événements (ainsi que les émotions qui y sont rattachées) associées au débordement de l'enfant.

Cet exercice paraît d'autant plus souhaitable que l'enfant en trouble d'attachement ne possède pas la capacité d'identifier ce qui se passe en lui-même et nécessite l'aide de l'adulte pour identifier des émotions qui prennent souvent pour lui la forme primitive d'une angoisse difficile à contenir.

Il ne s'agit pas ici de longs retours avec l'enfant puisque les plus perturbés d'entre eux ne le supportent pas mais plutôt de proposer à l'enfant des liens entre sa désorganisation et des émotions qu'il aurait pu vivre afin de donner un sens à ce qui se passe en lui.

Il existe ici un parallèle entre le rôle joué par l'intervenant et la fonction d'une mère qui par son expression empathique permet peu à peu à son nourrisson de se représenter son propre état interne. La conscience de cet état interne permettra éventuellement le contrôle de soi.



Stimuler le développement des compétences parentales

*Lise de Rancourt
Francine Paquette
Suzanne Rainville
Nathalie Roy
Denise Thériault
Danielle Trudeau*

Avant d'examiner le développement des compétences parentales, il importe de faire le point sur la terminologie dans ce domaine. L'utilisation de plusieurs termes dans la littérature et par les intervenants pour référer à divers concepts relatifs aux compétences parentales entraîne parfois de la confusion. Une meilleure définition des concepts est essentielle à la clarté clinique, entre autres parce qu'elle permet d'apporter des nuances utiles au raffinement de la pratique. Les concepts les plus utilisés et confondus sont les suivants : capacités parentales, compétences parentales, responsabilités, droits et devoirs parentaux, aptitudes parentales, habiletés parentales, fonctions parentales et rôles parentaux. Dans la section qui suit, nous allons distinguer les capacités parentales et des compétences. La définition des autres concepts se retrouve dans le lexique à la fin du document. Par la suite, nous vous présenterons des balises cliniques pour le développement des compétences parentales.

Si les compétences parentales sont étroitement liées au bien-être de l'enfant et à son développement, quelle est la nature de l'intervention à réaliser auprès des parents chez qui les compétences font défaut ?

La première phase de l'intervention consiste à évaluer le niveau des compétences parentales (l'exercice actuel du rôle parental) et mesurer l'écart entre ce qui s'exerce dans les faits et ce qui devrait s'exercer pour assurer la sécurité et le développement de l'enfant. Une fois le niveau établi, il faut déterminer à quelle étape le parent se situe dans l'acquisition des compétences qu'il lui reste à développer. Les descriptions des compétences générales et spécifiques suivantes vous serviront de guide pour établir le niveau des compétences des parents : quels sont les aspects des compétences générales et spécifiques qui sont acquis et quels sont ceux qui leur reste à apprendre pour répondre adéquatement aux besoins de leur enfant ?

Les concepts

Les capacités parentales

Les compétences parentales se distinguent des capacités parentales. Lorsque nous parlons de « capacités parentales », nous référons au potentiel du parent, actualisé ou latent, lui permettant d'exercer son rôle; **ce qui lui est possible de faire**. Ce terme est l'équivalent d'« aptitude », de « possibilité » ou de « potentialité ». À la différence de la compétence parentale, la capacité parentale comporte une dimension de permanence et de limite. Par exemple le parent qui a un déficit cognitif a une limite objective permanente. Bien qu'il puisse vouloir pousser au maximum l'exercice de sa compétence et bien qu'il puisse trouver des mécanismes de support lui permettant de compenser les limites de ses capacités, il ne peut pas modifier sa capacité. Cette incapacité



parentale peut également être associée à un problème personnel qui s'avère chronique telle la toxicomanie chez certains individus qui n'arrivent pas à se soustraire de cette emprise.

Les compétences parentales

Lorsque nous parlons de « compétences parentales » dont l'équivalent sont les « habiletés parentales » nous référons à **la somme des attitudes et des conduites favorables au développement normal de l'enfant**. Comme les diverses circonstances de la vie peuvent affecter de manière favorable ou défavorable l'exercice du rôle parental, les compétences peuvent s'améliorer ou se détériorer dans le temps. La compétence parentale a donc un caractère circonstanciel et évolutif. L'évaluation des compétences parentales se fonde sur l'examen des **agissements actuels du parent envers l'enfant**. L'actualisation des compétences parentales exige deux éléments fondamentaux : la capacité et la volonté d'exercer le rôle de parent. Avant d'entreprendre des actions visant à développer des compétences parentales, le Guide d'évaluation des capacités parentales vous permet de poser votre hypothèse pronostique sur les possibilités et la probabilité de changement chez le parent

Les compétences parentales

Les compétences générales

Certaines compétences générales doivent s'actualiser tout au long du développement de l'enfant. Ce sont : (1) répondre aux besoins de base, (2) offrir une réponse et un engagement affectifs, (3) adopter une attitude positive envers l'enfant, (4) considérer et traiter l'enfant comme une identité distincte, (5) exercer le rôle parental avec pertinence, (6) établir un cadre de vie, (7) favoriser la socialisation de l'enfant et (8) répondre aux besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant.

Répondre aux soins de base. Le parent compétent fournit une alimentation adéquate à son enfant : nourriture suffisante et accessible; adaptée à l'enfant; repas réguliers et réponse aux besoins particuliers de l'enfant. Il habille adéquatement l'enfant, c'est-à-dire offre des vêtements de bonne taille, adaptés au climat, en bonne condition et convenant au moment et à l'activité. Il assure une hygiène adaptée aux besoins de l'enfant, de façon régulière, incluant la propreté des vêtements.

Le parent procure des soins de santé à l'enfant. Il reconnaît les symptômes des maladies et consulte un médecin si nécessaire. Il s'assure que les blessures et incapacités physiques ou mentales soient traitées. Il procure à l'enfant un milieu de vie adéquat et un temps de sommeil adapté à l'âge de l'enfant.

Le parent assure la sécurité de l'environnement, c'est-à-dire qu'il voit à ce que l'aménagement physique soit adapté à l'âge de l'enfant. Il effectue aussi une surveillance adaptée à l'âge et aux besoins de son enfant : il sait où est l'enfant à l'intérieur comme à l'extérieur.

Il contrôle l'environnement humain et protège l'enfant contre d'éventuels abus physiques ou sexuels: il sait avec qui l'enfant est, ce qu'il fait et dans quelle condition. Il ne tolère aucune menace verbale ou physique à l'endroit de l'enfant. Il aménage une garde appropriée à l'âge et aux besoins de l'enfant. L'enfant est gardé par des personnes responsables et connues du parent qui recherche le plus de stabilité possible à ce niveau. Lorsqu'il est en âge de comprendre, l'enfant sait où est son parent lorsqu'il se fait garder. Il est prévenu et rassuré par le parent lorsqu'une période de garde est planifiée.

Offrir une réponse et un engagement affectifs. Le parent compétent offre une qualité de présence à l'enfant, c'est-à-dire qu'il passe du temps quantitativement et qualitativement significatif. Il porte attention à l'enfant. Il répond positivement aux demandes de proximité de l'enfant. Il est



disponible. Il intègre l'enfant dans les activités de la vie quotidienne, il vit avec l'enfant. Il fait de la place à l'enfant dans la maison.

Le parent a des contacts physiques (bercer, border, caresser, parler). Ces contacts sont fréquents sans toutefois devenir surabondants, fusionnels ou être imposés de force à l'enfant. Les contacts physiques respectent l'individualité de l'enfant. Ces contacts excluent nécessairement la brutalité et l'érotisation. Ils sont établis de manière spontanée, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas forcés, robotisés ou mécaniques.

Le parent porte attention aux signaux, aux demandes ou aux questions de l'enfant et y répond avec précision. Le parent réagit lorsque l'enfant tente d'établir un contact. Il favorise l'expression de l'enfant. Il exprime ses émotions avec un ton approprié (enjoué lorsque l'enfant joue, doux lorsque l'enfant cherche à se faire rassurer, ferme lorsque l'enfant se met en situation de danger). Le parent communique à l'enfant le plaisir qu'il éprouve d'être en sa compagnie.

Le parent permet le jeu spontané. Il donne à l'enfant de la liberté d'expression, ne gêne pas, ne contrôle pas et ne décide pas pour l'enfant. Il laisse l'enfant diriger une situation de jeu.

Adopter une attitude positive envers l'enfant. Le parent compétent s'intéresse à l'enfant. Il valorise et encourage l'enfant en soulignant ses qualités sans jamais le dénigrer. Il démontre un intérêt pour les activités et les productions de l'enfant. Les attentes et les exigences du parent tiennent compte des capacités de l'enfant. Il favorise l'enfant, prend généralement parti pour lui et évalue positivement sa conduite. Il est fier de son enfant. Il apprécie ses succès.

Le parent est chaleureux et affectueux. Il exprime son affection. Il est généralement patient et compréhensif (rarement irritable). Bien qu'il puisse parfois être en colère, il est généralement bienveillant et tendre (sans hostilité ou agressivité). Il accepte l'enfant tel qu'il est (pas de rejet). Il est souple, capable de négocier avec l'enfant.

Considérer et traiter l'enfant comme une entité distincte. Le parent compétent reconnaît que les besoins de l'enfant ne sont pas identiques aux siens. Il est capable de mettre ses propres besoins de côté en répondant aux besoins de l'enfant. Il respecte l'espace vital de l'enfant. Il accepte que l'enfant pense différemment, fasse des choix différents et ait des goûts différents. Il reconnaît que l'enfant possède ses propres raisons d'agir comme il le fait. Il ne prête pas d'intentions malveillantes à l'enfant. Il accepte que l'enfant ait des relations avec d'autres, ne perçoit pas l'enfant comme une possession. Il laisse de la place à l'enfant, il n'essaie pas de parler à sa place. Il accepte et permet que l'enfant ait des contacts à l'extérieur de la famille.

Exercer le rôle parental avec pertinence. Le parent compétent accepte son rôle parental, notamment le fait d'avoir un enfant. La position de l'enfant par rapport à celui du parent est claire dans son esprit : il ne se place pas en compétition avec l'enfant; ne recherche pas une aide inappropriée pour l'âge de l'enfant; ne considère pas l'enfant comme un pair, n'essaie pas de faire assumer à l'enfant ses propres responsabilités. Il répond aux questions de l'enfant ou aux demandes d'une manière convenant à son niveau de maturité. Il ne rend pas l'enfant responsable de ses difficultés (projection). Il se préoccupe de rassurer son enfant lorsque ce dernier vit de l'insécurité. Il assure une stimulation adéquate et il crée et s'approprie des occasions d'apprentissage. Il traite tous ses enfants avec justice.

Établir un cadre de vie. Le parent compétent est soucieux du climat familial : relation parentale, tolérance et support mutuel, communication ou résolution des conflits. Il fixe des limites appropriées à l'âge de l'enfant. Il établit des règles claires, connues de l'enfant dans l'organisation du vécu quotidien en terme de routines, façons de faire ou interdits. Il assure une supervision et fait respecter les limites et les règles.

Il utilise des moyens de contingence (récompenses et punitions) appropriés à l'âge de l'enfant. Il est consistant (persévérance) dans l'application de ses moyens. Le parent adapte sa réaction en fonction de la situation. Il est congruent (lien entre le comportement et les moyens de contingence).



Le parent est capable de percevoir et de renforcer les comportements positifs de l'enfant. Il communique et négocie fructueusement avec l'enfant. Il utilise des stratégies pour éviter la confrontation ou l'escalade. Il fournit des explications adaptées à l'âge de l'enfant lorsqu'il donne des punitions. Si le parent impose des punitions physiques, elles sont modérées et n'entraînent aucune affection physique ou psychologique.

Favoriser la socialisation de l'enfant. Le parent compétent connaît les besoins sociaux associés à l'âge de l'enfant. Il favorise les relations de l'enfant avec d'autres personnes, notamment les activités de groupes. Il encourage et supporte l'enfant dans ses contacts sociaux. Il aide l'enfant à gérer ses contacts avec les autres enfants. Les tiers sont perçus comme des personnes pouvant apporter quelque chose de bon à l'enfant. L'enfant est inscrit dans des services appropriés : garderie ou école.

Répondre aux besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant. Le parent compétent connaît les besoins intellectuels et éducatifs associés à l'âge de l'enfant. Il stimule l'enfant en créant et s'appropriant des occasions d'apprentissage dont la stimulation du langage. Il fournit du matériel et encourage l'enfant à faire des activités qui favorisent le développement d'habiletés chez ce dernier. Le parent réagit positivement aux découvertes de l'enfant, ce qui suscite le goût de l'exploration chez l'enfant.

Le parent compétent reconnaît les difficultés dans le rendement intellectuel ou l'apprentissage et dans l'éventualité où ces difficultés se présentent, il va chercher l'aide si nécessaire.

Le parent est intéressé par ce qui se passe à la garderie ou à l'école. Il a de la considération pour les services offerts et les valorise aux yeux de l'enfant. Il accepte que l'enfant rapporte des propos du professeur ou de l'éducateur sans se sentir en compétition ou dévalorisé par le fait que l'enfant ait de l'attachement à d'autres personnes. Il assiste aux rencontres de parents et tient compte de l'avis des enseignants ou des éducateurs. Il favorise la continuité au groupe d'appartenance de l'enfant (garderie ou école). Il soutient l'enfant dans ses activités ou ses devoirs en l'aidant au besoin.

Les compétences spécifiques

Au cours des deux premières années de vie, le développement de l'enfant a une trajectoire extrêmement rapide qui exige, outre les compétences parentales générales, des compétences spécifiques adaptées à l'âge de l'enfant.

De 0 à 3 mois. À cet âge, l'enfant est totalement dépendant du parent. Le parent doit pouvoir soutenir la régulation interne du bébé. Le bébé éprouve toutes sortes de sensations corporelles qui peuvent être plaisantes ou déplaisantes telles la faim, la soif, la chaleur ou le froid ou toute autre sensation physique. Le parent détecte ce qui ne va pas et intervient pour empêcher l'enfant d'être submergé par des sensations corporelles intensément déplaisantes.

Le parent décode adéquatement les signaux de l'enfant et y répond judicieusement même dans des moments de stress. Il utilise divers moyens (voix, regard, toucher, mouvements) et une variété de réponses affectives adaptées à l'individualité de l'enfant. Il approche l'enfant dans des moments appropriés en faisant des gestes ou en utilisant un objet (jouet) pour capter son intérêt. Il capte l'attention d'une manière détendue et concentrée : aide l'enfant à se servir de sa vue, du toucher, du son, du mouvement pour explorer le parent et le monde extérieur. Il respecte le rythme de l'enfant. Cette compétence est rarement entravée, même dans des moments de stress.

De 3 à 10 mois. À cet âge, le parent doit supporter l'enfant à différencier les sensations corporelles des émotions. Le parent décode toute la gamme des signaux de communication du bébé et y répond avec empathie et réciprocité (sourires, vocalises, regards, physionomies, mouvements). Il aide l'enfant à donner un sens à ce qui se passe. Il réagit à toute une gamme d'états affectifs. Il demeure compréhensif face aux protestations et à l'affirmation de soi de l'enfant. Sa réponse



demeure sensible à l'enfant malgré une situation de stress.

De 10 à 24 mois. À cet âge l'évolution des capacités motrices et cognitives de l'enfant se traduisent par une organisation de plus en plus complexe du comportement. Le parent supporte l'organisation du comportement, l'initiative et l'intériorisation chez l'enfant. Il aide l'enfant à fonctionner et à agir d'une manière organisée, à faire preuve d'initiative (exploration) à exercer du contrôle sur l'environnement (tenir un verre de lait) et à établir des stratégies pour réaliser ses buts. Il montre à l'enfant comment s'y prendre tout en lui mettant des limites lorsqu'il le faut. Le parent est capable de tolérer le négativisme de l'enfant et sa frustration. Il est capable de suivre l'enfant et de demeurer disponible sans être trop dominateur. Il admire les initiatives de l'enfant et peut laisser l'enfant diriger, tout en établissant des limites qui aident l'enfant à prendre des initiatives. Il permet que l'enfant prenne une distance, mais demeure disponible et sait quand se rapprocher et le fait de manière affectueuse. Enfin, il résiste au stress et s'en remet bien.

Les étapes d'intervention

Quatre mots clefs sont associés à l'acquisition des compétences parentales, selon Desgagnées et al. (1995) : voir, croire, essayer et maîtriser. Il s'agit de quatre étapes à franchir pour acquérir une compétence. Une fois identifiée la nature des compétences à acquérir, il faut déterminer à quelle étape se situe le parent.

Voir. Le parent doit d'abord apprendre à voir, c'est-à-dire découvrir, identifier et reconnaître les besoins de l'enfant en approfondissant, entre autres, ses connaissances sur le développement de l'enfant. Il doit prendre conscience de ce qu'il doit fournir comme réponse aux besoins de l'enfant et développer sa sensibilité parentale, c'est-à-dire le souci, l'anticipation et le plaisir de répondre aux besoins de l'enfant. Le parent doit reconnaître ses manques, c'est-à-dire discerner ce qui lui appartient dans la situation problématique, identifier ce qui renforce cette dysfonction et ce qui peut la diminuer, examiner ce qu'il doit changer comme habitude, comportement, attitude et envisager les actions qui sont à mettre en œuvre pour y parvenir.

Croire. Le parent doit aussi croire en sa capacité d'opérer un changement. Pour ce, il doit examiner ses propres besoins et trouver une façon satisfaisante d'interagir soit en jouant un rôle actif, soit en acceptant que d'autres personnes jouent un rôle compensatoire ou en se retirant éventuellement, laissant à d'autres personnes un rôle de substitution.

Essayer. Puis, le parent doit essayer, c'est-à-dire faire l'exercice du changement dans un cadre d'expérience contrôlé avec le soutien de l'intervenant au dossier, d'un éducateur spécialisé ou dans le cadre de programmes offerts dans les ressources de leurs milieux.

Maîtriser. Enfin, le parent doit apprendre à maîtriser l'exercice de son rôle parental en répétant ce qu'il a appris sans support extérieur.

Le soutien au changement

Pour parvenir à voir, croire, essayer et maîtriser, le parent aura besoin de soutien. Le rôle de l'intervenant consiste à :

- montrer, rendre visible ce qui est à changer;
- transmettre des connaissances sur le développement de l'enfant;
- susciter l'intérêt à s'impliquer et à interagir avec l'enfant;
- améliorer les habilités à percevoir, décoder et répondre aux signaux et besoins affectifs de l'enfant;
- encourager à modifier les attitudes et les comportements inopportuns et soutenir l'acquisition et le maintien de pratiques éducatives prodéveloppementales;
- aider à changer le contexte de vie familiale lorsqu'il est nuisible à l'exercice du rôle



- parental;
- encourager le parent à agir sur les difficultés personnelles qui affectent sa compétence parentale par des conseils, des références ou de l'accompagnement vers des ressources spécialisées.

Les ressources

Certaines activités communes à tous les CLSC sont disponibles pour aider à travailler les compétences parentales : suivi santé, nutritionniste, suivi post-natal, test de développement de l'enfant, ateliers de stimulation et autres. Une politique récente du ministère oblige les CLSC à développer le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP) qui s'adresse aux parents âgés de moins de 20 ans. Les ressources financières sont déjà attribuées et chaque CLSC doit développer une programmation dans le domaine. Cette programmation sera développée en concertation avec le milieu communautaire.

D'autres activités sont dispensées soit par les CLSC, les organismes communautaires et parfois même dans les hôpitaux selon les secteurs : groupe de développement d'habiletés parentales (compétences parentales), le programme *Y'a personne de parfait* (YAPP), des groupes de support pour les pères, groupe d'aide à la cuisine collective et activité de stimulation parents-enfant (développement de l'enfant et compétences parentales).

Certains organismes ont une mission spécifique qui s'adresse aux jeunes mères en difficulté et à leurs enfants. Le «Y» des Femmes, La Maison d'Haïti, Le Petit Revdec, Le Bureau de Consultation jeunesse (BCJ) œuvrent dans le Montréal métropolitain. Le Relais des Jeunes Mères œuvre dans le quartier St.-Michel et les environs, Familles en Action œuvre à Pointe-St.-Charles, Le Groupe d'entraide maternelle œuvre dans la Petite Patrie et ses environs. Il existe aussi un programme subventionné, le projet *Mères avec Pouvoir* (MAP), qui subventionne les jeunes mères pour le retour aux études ou au travail.

Un volet hébergement «hébergement jeune mère» est également offert dans certains organismes : le Relais des Jeunes Mères, MAP, les appartement supervisés *Augustine Gonzalez*, *Habitation jeunes mères* (HAJEME), BCJ.

Au Centre jeunesse de Montréal, certaines activités sont offertes selon les secteurs, comme les ateliers de stimulation précoce qui travaillent sur l'attachement, le développement de l'enfant et les compétences parentales. D'autres sont en cours de développement.



Encadrer les contacts parents-enfant

Suzanne Rainville

Lorsque la situation d'un enfant est à risque de dérive du projet de vie, l'encadrement des contacts parents-enfant est une activité clinique très importante. Nous présenterons dans ce chapitre quelques principes de base sur lesquels devrait être fondé l'encadrement des contacts parents-enfant. Nous examinerons les objectifs visés par ces contacts. Puis, nous traiterons de l'interruption des contacts parents-enfant. Enfin, nous offrirons quelques balises cliniques concernant les contacts avec les grands-parents et avec la fratrie.

Principes de bases

Au cours de l'évaluation de la situation de l'enfant et de l'élaboration de son projet de vie, les contacts parents-enfants sont des **moments cliniques privilégiés** pour accompagner les parents et l'enfant dans leur compréhension de la situation. Bien que ces moments puissent parfois être difficiles pour les parents, voire humiliants à leurs yeux, comme dans le cas des visites supervisées, ces contacts doivent continuellement être **déterminés en fonction des besoins et de l'intérêt de l'enfant**.

Quel que soit le type de contact, celui-ci devrait s'inscrire à l'intérieur d'une **intervention planifiée avec des objectifs clairs**. Il ne s'agit pas de loisirs offerts à l'enfant et aux parents ou de rencontres sociales, mais plutôt d'occasions de travailler des points établis dans le plan d'intervention. La question primordiale à se poser est : **quel est le sens de ces contacts dans la vie de cet enfant?**

Les reprises de contact et les rencontres subséquentes peuvent être des moments heureux. Mais, ils sont souvent plus ou moins teintés d'appréhension et ce, pour toutes les parties concernées, c'est-à-dire l'enfant, ses parents naturels, ses parents d'accueil et parfois même les intervenants impliqués.

L'accompagnement de l'enfant est essentiel. Que les rencontres soient supervisées en présence de l'intervenant ou pas, l'enfant a besoin de connaître la façon dont les rencontres vont se dérouler concrètement et les objectifs de celles-ci. Ces derniers lui seront expliqués, en présence des parents, avant ou au cours de la première rencontre, puis lui seront rappelés régulièrement pour qu'il soit au fait de ce qui se passe avec ses parents. Dans bien des circonstances, les rencontres peuvent exiger la présence de l'intervenant.

Types de contacts

Plusieurs types de contacts sont possibles : des contacts indirects par l'intermédiaire de lettres ou de cadeaux ou des contacts plus directs comme des téléphones, des visites des parents dans la famille d'accueil, des visites supervisées en présence de l'intervenant au dossier et des sorties de l'enfant avec ses parents. Quelque soit le type de contact, chacun doit être analysé en fonction des besoins de l'enfant et du sens que prendra ce type de contact pour l'enfant. Même la remise d'un cadeau de la part d'un parent n'est pas un geste anodin et peut prendre toutes sortes de significations selon ce que l'enfant a vécu auprès de ses parents.



Durée et fréquence des contacts

La durée et la fréquence du contact ne doivent pas être un automatisme, mais adaptées aux besoins de chaque enfant. Il peut arriver par exemple qu'un enfant ne tolère une rencontre avec ses parents que quelques minutes parce qu'il est encore insécure en leur présence. La rencontre lui permet alors de se rassurer sur leur état en général. Dans le cas où les parents peuvent recevoir leur enfant tout comme dans le cas où les contacts sont supervisés, la durée et la fréquence de séjour seront déterminés en fonction des besoins, des capacités de l'enfant et en fonction des objectifs visés par ces rencontres. Celles-ci peuvent être réajustées en tout temps. La durée et la fréquence des contacts ne sont pas un droit des parents, sauf si une ordonnance a été émise dans ce sens. Dans ce cas, si l'intervenant constate que la durée ou la fréquence déterminée par le juge perturbe l'enfant, il faut retourner au tribunal pour faire modifier l'ordonnance.

Lieu des rencontres

Le lieu des rencontres doit toujours être choisi en fonction des objectifs cliniques du plan d'intervention.

Ce lieu peut avoir une influence sur la façon dont vont se dérouler les visites. Nous pouvons être tentés, par exemple, d'accepter la proposition d'une famille d'accueil de recevoir et de superviser les contacts entre un enfant qu'elle accueille et ses parents. Toutefois, deux dangers nous guettent :

- le risque que l'enfant perçoive sa nouvelle famille ou son nouveau milieu de vie comme étant « contaminé » par la présence de ses parents naturels si l'enfant conserve encore des inquiétudes envers ses parents ou s'il a besoin de sentir qu'il a un lieu bien à lui, protégé et en dehors de ses parents et de leurs difficultés;
- le risque que surgissent des problèmes reliés au partage des rôles parentaux, aux différences de valeurs dans certains cas et à la compétition qui peut s'installer pour démontrer qui est le meilleur parent. Il est important de se rappeler que la supervision peut être ressentie comme humiliante par les parents et encore plus si celle-ci se fait par les gens qui les remplacent dans la vie de leur enfant.

En fait, les contacts entre les parents d'accueil et les parents biologiques demandent beaucoup de maturité affective de part et d'autre et une grande capacité de rester centré sur les besoins de l'enfant. Il peut arriver par exemple, que les parents d'accueil qui travaillent fort pour sécuriser et valoriser l'enfant, réagissent aux interventions parfois inadéquates des parents biologiques et perdent leur « neutralité », entraînant l'enfant dans un conflit de loyauté malgré eux.

Dans les situations où les parents ne mettent pas l'enfant en danger psychologique ou physique, la supervision des contacts n'est pas toujours nécessaire (voir la section portant sur les objectifs des contacts). Toutefois, le lieu de rencontre est toujours à évaluer. Il est risqué de penser que la demeure des parents est automatiquement le meilleur lieu pour ces contacts. Si, par exemple, l'enfant a vécu des situations très traumatisantes dans ces lieux, le simple fait d'y retourner peut lui faire revivre un état de choc plus ou moins désorganisant pour lui et pour sa famille subséquemment. Si, par exemple, l'enfant n'accepte pas son placement à long terme et désespère de retourner chez ses parents, des contacts à la maison de ses parents peuvent être interprétés, à tort, comme une possibilité de changer son orientation et le maintenir dans cette illusion. Si, en plus, dans ce dernier exemple, ces contacts se font de façon très régulière aux semaines ou aux deux semaines, l'illusion de l'enfant s'accroîtra. Il est possible que les visites se fassent parfois chez une autre personne connue de l'enfant pour ne pas trop exiger d'efforts d'adaptation à l'enfant. Ces visites peuvent aussi avoir lieu dans nos bureaux ou dans tout autre environnement qui ne va pas insécuriser l'enfant et permettra à tous de passer un bon moment ensemble.

Les contacts supervisés ne devraient pas se dérouler dans des endroits publics comme les



restaurants ou les centres d'achats sauf dans les situations où l'objectif des rencontres est un contact occasionnel avec les parents et que cela se passe généralement bien. Ces visites peuvent parfois être difficiles pour les parents, les enfants et aussi les intervenants. Elles peuvent mettre à jour le fossé qui existe entre les parents et l'enfant : ceux-ci ne savent pas quoi dire ou quoi faire avec leur enfant, ou se chicanent avec lui pour faire le jeu qu'ils désirent, ou s'intéressent davantage à l'intervenant qu'à leur enfant.. Ces situations peuvent devenir pénibles pour l'intervenant qui perçoit la souffrance de l'enfant, pour le parent qui se sent démuni ou incompetent et pour l'enfant qui se sent abandonné, négligé... Il peut être tentant de vouloir meubler ce vide en allant dans un endroit public, entouré de monde et de stimuli, mais ce serait manquer des occasions cliniques de travailler les difficultés des uns ou la réalité des autres.

Dans les situations de contacts supervisés, les parents et l'enfant ont besoin d'un endroit sécurisant pour l'enfant, adapté pour pouvoir répondre aux objectifs de la rencontre et à l'âge de l'enfant. Par exemple, un espace trop grand pour un petit enfant peut parfois occasionner une désorganisation de l'enfant sans que le parent en soit le seul responsable. Par contre, un endroit trop petit pour un enfant qui supporte mal la promiscuité avec son parent peut aussi éveiller un état d'angoisse chez celui-ci. Chaque situation a davantage à être analysée soigneusement. La réalité de nos institutions ne nous permet pas toujours de répondre à ce genre de besoins mais il est important de tenter de trouver des solutions et surtout de tenir compte de ces inconvénients dans l'analyse clinique des visites supervisées.

Enfin, rappelons-nous que la supervision des contacts crée un état affectif de tension et parfois d'humiliation pour les parents. Il est donc important, dans la mesure du possible, de respecter la confidentialité et l'intimité de ces moments et d'éviter d'exposer la situation aux autres gens de la salle d'attente par exemple ou à nos confrères qui passent, etc...

Le transport

L'organisation des contacts parents-enfants implique parfois un transport pour l'enfant vers le lieu de rencontre avec son parent. Le transport est souvent considéré comme un fardeau par les intervenants parce qu'il exige parfois beaucoup de temps pour ceux-ci qui ont un horaire chargé. Toutefois, le temps que dure le transport de l'enfant est habituellement un moment clinique très riche. Si l'intervenant est significatif pour l'enfant, celui-ci utilisera souvent ces moments pour parler avec « son » intervenant. L'enfant doit être accompagné par une personne significative à l'aller et au retour de ses visites à ses parents. Si l'intervenant n'est pas encore significatif pour l'enfant, un des parents d'accueil ou un éducateur rattaché à l'enfant peut l'être et l'accompagner. Il est important que l'enfant se sente appuyé pour affronter ses émotions. C'est un moment opportun pour reprendre avec l'enfant le déroulement de la rencontre et lui en rappeler le sens. Il a souvent besoin de comprendre certains événements ou attitudes qui ont eu lieu au cours de la rencontre avec ses parents ou d'être rassuré sur sa lecture de la réalité. Ces moments de transports sont souvent utilisés par l'enfant pour exprimer ses pensées ses préoccupations, ses émotions à l'égard des visites mais aussi par rapport à l'ensemble de son vécu avec ses parents, sa famille d'accueil ou encore l'école.

L'âge de l'enfant et le contexte des visites peuvent aider à la décision d'accompagner un enfant dans le transport. Ainsi, à la petite enfance, les enfants ont besoin de points de repères connus et rassurants pour faire face à des situations qui éveillent des émotions. Ils ont besoin d'une personne significative auprès d'eux, sur qui ils pourront s'appuyer en tout temps. Ils ont souvent besoin qu'on mette rapidement des mots sur ce qu'ils vivent. Pressé par le temps ou à court de moyens, on a parfois tendance à sous-estimer l'état d'anxiété, voire d'angoisse dans lequel on place un enfant en organisant un transport avec un étranger (transport bénévole). Même si on tente de le rassurer, l'enfant se sentira lancé dans l'aventure, seul et abandonné. Il n'exprimera pas toujours ses réactions ouvertement, certains de nos enfants ont appris très tôt à se taire, à ne rien demander, à subir. Toutefois, ces mêmes enfants auront par la suite des attitudes ou comportements que nous



pourrions interpréter comme étant en lien avec les visites aux parents alors qu'ils peuvent aussi avoir eu peur ou être fâchés d'avoir été laissés à eux-mêmes. Les petits bébés aussi ne peuvent être laissés à des étrangers. Ils sont plus perméables aux situations qu'on le pense. C'est dans leur corps qu'ils ressentent et expriment leur détresse. Si par exemple, un petit bébé a connu des périodes de graves négligence ou d'abandon à lui-même lorsqu'il vivait avec ses parents biologiques, le fait de voyager sans une personne connue et rassurante peut réveiller les émotions de peur et de détresse qu'il a connues auparavant. Par contre, dans de telles situations, la mère ou le père d'accueil peuvent accompagner l'enfant pour le rassurer, à la place de l'intervenante. Lors de l'analyse du besoin, l'âge psychologique de l'enfant est à considérer. Sa capacité à exprimer ses besoins, à partager ce qu'il vit, à avoir un sentiment minimal de pouvoir sur sa vie, sont des critères pour évaluer la capacité de l'enfant à voyager seul. Enfin, si après un certain temps l'enfant est rassuré sur le trajet, la façon dont se déroulent les visites ainsi que ses objectifs et si l'enfant est assez autonome, il pourrait éventuellement voyager seul. Toutefois, l'utilisation clinique de ce moment particulier reste importante.

Les contacts parents-enfant sont un outil de travail clinique extraordinaire pour accompagner le cheminement d'un enfant et tout autant pour celui des parents naturels et pour celui des parents d'accueil dans plusieurs cas. L'accompagnement des parents naturels sera élaboré davantage dans les sections subséquentes. Les parents d'accueil auront aussi besoin de soutien pour mieux comprendre les objectifs des contacts parents-enfant, surtout dans les situations qui soulèveront beaucoup d'émotions chez l'enfant. Ce sont eux qui reçoivent l'enfant après ses visites et qui le calment, le consolent, ou le rassurent bien souvent. Il peut arriver que ceux-ci tolèrent mal ces visites qui « dérangent » l'enfant et perturbent leur travail avec l'enfant et leur quotidien. Dans certaines circonstances, des parents d'accueil peuvent en arriver à juger sévèrement les parents naturels. Leurs interprétations des réactions de l'enfant suites aux contacts qu'il a eu avec ses parents peuvent alors devenir teintées de leurs propres réactions émotives.²⁷

Objectifs des contacts parents/enfant

Au cours de l'élaboration d'un projet de vie pour un enfant, les contacts parents/enfant peuvent répondre à plusieurs objectifs, ils :

- visent à maintenir un lien parents/enfant au cours du placement;
- servent à l'évaluation des capacités parentales;
- sont une occasion de travailler différents aspects des capacités parentales et/ou recréer le lien affectif (apprentissage).

Maintenir un lien parents/enfant au cours du placement

Le maintien des liens entre les parents et l'enfant placé est habituellement souhaité mais ce ne doit pas être un automatisme. Cet objectif est approprié dans deux situations. Celle où il s'agit d'un premier placement de l'enfant et où son retour chez ses parents semble prévisible et à court terme. Celle où on fait l'hypothèse d'un placement à long terme.

Premier placement à court terme

L'évaluation de la situation nous permet dans certains cas de poser l'hypothèse que la situation pourra se résorber assez rapidement, surtout dans les situations où les parents reconnaissent leurs difficultés et se mobilisent concrètement pour améliorer leur situation. Dans ce contexte, les contacts parents-enfant deviennent très importants. Prévoir et planifier le retour de l'enfant chez ses parents devient alors un élément important dès le début de l'intervention.

²⁷ Voir Steinhauer (1996) chapitre 8



Selon Steinhauer, 1996,

« les rencontres convenues sur une base régulière et assez fréquentes entre les parents biologiques et leur enfant aident à protéger la nature temporaire du placement en rappelant à l'enfant ses parents naturels et en étayant son attachement à leur égard. Les enfants même s'ils forment un second lien d'attachement avec leurs parents d'adoption demeurent attachés à leurs parents biologiques ».

Dès le début du placement, l'enfant est informé de l'aspect temporaire de son placement si ses parents continuent d'améliorer leur situation. Même les enfants très jeunes peuvent profiter d'une courte explication. L'utilisation d'exemples concrets du travail que doivent accomplir leurs parents aide toujours à une meilleure compréhension chez les enfants.

L'âge de l'enfant est évidemment à considérer pour déterminer l'intensité et la durée des contacts. Si l'objectif est de maintenir le lien parents/enfant c'est que les intervenants ont tout d'abord évalué qu'il existait un lien significatif entre eux ou que celui-ci était à l'étape de se construire. Nous savons maintenant, d'après les recherches, que ce lien est primordial pour le bon développement de l'enfant et que ce lien se construit avec la personne qui donne les soins au quotidien à l'enfant. Les études ont également démontré que plus l'enfant est jeune, plus il est difficile de maintenir ce lien avec son parent si ce n'est pas celui-ci qui fournit les soins quotidiens à l'enfant.

Tenant compte de ces connaissances, le maintien du lien parents/enfant pour un jeune enfant devient très exigeant pour les parents et pour les intervenants. Bien que chaque situation soit à évaluer, il semble que les contacts parents/enfant lorsque l'enfant est âgé entre 0 et 18 mois doivent être réguliers. Ils impliquent donc plusieurs rencontres par semaine. Il ne s'agit pas d'un idéal théorique mais bien d'un besoin de l'enfant si nous voulons éviter de créer de nouveaux problèmes à l'enfant et ultérieurement aux parents qui reprendront leur enfant.

Pour les enfants de plus de 18 mois qui aurait un lien suffisamment construit, la fréquence des visites peut diminuer plus l'enfant vieillit. Toutefois, un minimum d'une rencontre par semaine doit être prévue. Les points de repères doivent néanmoins tenir compte de la tolérance de l'enfant à subir plusieurs déplacements.

Dès le début de l'intervention, il est nécessaire d'informer les parents du risque de briser le lien s'ils ne sont pas assez présents.

Placement à long terme

Dans le contexte où l'évaluation de la situation familiale démontre l'impossibilité d'un retour de l'enfant chez ses parents, il peut être pertinent de maintenir des contacts entre eux mais pas dans toutes les situations. Certains critères doivent être examinés : l'âge de l'enfant, la présence d'un lien entre l'enfant et ses parents et la qualité de ce lien, l'impact de ces contacts sur le bon développement de l'enfant. Le moment des contacts de même que le lieu, la durée et la fréquence ne sont jamais déterminés par l'arrivée d'un événement comme la fête de Noël, la fête des mères, l'anniversaire de l'enfant ou tout autre événement qui est habituellement vécu en famille. S'il est possible de faire coïncider ces événements avec le calendrier des visites prévues, on peut les encourager mais seulement dans le cas où la présence des parents naturels dans ces événements aura un sens pour l'enfant.

Ainsi, l'enfant qui a été retiré de sa famille dès sa naissance et qui n'a jamais vécu avec ses parents ne peut avoir d'intérêt à avoir des contacts avec des gens qui lui sont étrangers. La famille d'accueil de cet enfant est son univers et ses parents d'accueil sont les personnes significatives à ses yeux ; ce sont ses parents psychologiques. Habituellement, ce genre de situation se rencontre chez les enfants placés en banque mixte et qui ont un projet d'adoption, mais chaque situation doit être évaluée. Le dossier de ces enfants est toujours présenté à un comité avisé qui se spécialise dans ce genre de problématique. Le comité peut apporter beaucoup de support dans la



compréhension de la situation, dans l'élaboration du plan d'intervention pour pouvoir déterminer les possibilités de retour ou non de l'enfant chez ses parents et dans l'accompagnement des parents. Malgré l'hypothèse d'une adoption probable, il arrive souvent que, avant la déclaration d'adoptabilité de l'enfant, l'intervenant doit organiser des contacts avec les parents naturels. L'objectif consiste à poursuivre l'évaluation des capacités et des limites de ceux-ci, de les accompagner dans leur réflexion et de les informer de notre propre cheminement par rapport à leur situation. Toutefois, lorsque le placement à long terme est officialisé, à titre d'adoption, les contacts avec les parents seront diminués graduellement. (voir l'interruption des contacts parents-enfant).

L'enfant placé à long terme ne l'est pas toujours à sa naissance. Au contraire, la plupart des enfants à qui nous offrons des services ont connu leurs parents. On doit évaluer si ceux-ci ont établi une relation significative avec leur enfant. On sait qu'un lien d'attachement sécurisant n'est constitué que vers 18 mois, si l'enfant a connu une personne significative, stable, qui lui apporte un sentiment de sécurité. Si l'enfant est placé avant 18 mois, il risque fort d'établir ses liens avec sa nouvelle famille et nous devons agir très vite pour établir la possibilité de retour ou non dans sa famille naturelle. Le comité aviseur est ici aussi un outil précieux pour aider l'intervenant. Si l'enfant est orienté en adoption, on procède comme pour un nouveau-né. Le petit enfant âgé de 18 mois et moins ne ressent pas le besoin de maintenir des contacts avec des personnes non significatives. Devant la décision d'un placement à long terme en famille d'accueil, il est préférable de lui permettre de s'installer dans sa nouvelle famille en minimisant les contacts avec ses parents naturels. Le sens de ces contacts sera alors clairement établi auprès des parents et de l'enfant : maintenir un contact occasionnel entre eux pour leur permettre de se connaître un peu, pour vérifier leur bien-être réciproque et se rassurer au besoin. Ces contacts peuvent devenir bénéfiques pour tous dans ce contexte.

Pour les enfants plus vieux, ce n'est plus l'âge qui est le principal critère mais le type de relation qu'ils ont établi avec leurs parents avant le placement. Il est bien évident que plus l'enfant est jeune, moins il aura connu ses parents. Si ceux-ci ont été les seuls points de repère que l'enfant a eu avant son placement, la relation n'est probablement pas sécurisante puisqu'un placement à long terme a été décidé, mais un lien a été créé. Si l'enfant n'est pas terrorisé par ses parents, et si les contacts ne le replace pas dans un état de traumatisme ou dans un climat malsain, les contacts avec ses parents seront plus réguliers au début du placement, tant que l'enfant ne s'est pas sécurisé dans son nouveau milieu. Par la suite, le lieu et le rythme des contacts seront à déterminer en fonction de l'état de la situation tel que défini dans les paragraphes subséquents.

Les contacts parents/enfant offrent une opportunité de travailler certains aspects de la vie psychique de l'enfant. Ce sont des occasions pour apprivoiser les sentiments de peine, de rage, d'abandon suscités par leur situation familiale et par le placement à long terme qui en résulte. Les enfants sont en processus de deuil, ils ont à renoncer au désir légitime de tout enfant de vivre du bien-être auprès de leurs parents. Le maintien des contacts permet aussi d'éviter une idéalisation des parents biologiques. Bien des enfants ont tendance à se réfugier dans leur imaginaire et inventer des explications moins douloureuses pour eux pour comprendre leur placement. Les petits échanges que permettent les contacts ramènent souvent l'enfant à la réalité des difficultés et/ou limites des parents. Enfin, les visites parents/enfant peuvent aider l'enfant à rétablir un sentiment de continuité et de cohérence dans sa vie et favorisent le bon développement de son identité. Le travail sur ces différents aspects de la vie psychique de l'enfant n'a évidemment de sens que si les parents et l'enfant se sont suffisamment connus pour avoir une signification pour l'enfant.

Au cours d'un placement à long terme, les parents peuvent se positionner de façons différentes. Deux situations peuvent survenir :

- les parents sont d'accord et acceptent la décision de placer leur enfant à long terme;
- les parents refusent cette décision et s'y opposent clairement.



Les parents sont d'accord avec un placement à long terme

Si les parents sont d'accord avec le non-retour, il peut être nécessaire, dans un premier temps, de superviser ces contacts pour s'assurer que les parents respectent la décision du non-retour et n'expriment pas un autre positionnement à l'enfant qui pourrait créer de la confusion chez celui-ci. Il est important de vérifier si les parents ne suscitent pas de conflits de loyauté chez l'enfant en critiquant ou dénigrant ouvertement la famille d'accueil. Ces attitudes dissimulent souvent de la souffrance. Les parents ont parfois peur de perdre l'amour de leur enfant si celui-ci s'attache à ses parents substitués ou vivent une forme de compétition avec ces gens qui prennent leur place comme parents et semblent mieux réussir qu'eux. L'intervenant peut alors aborder ces sentiments et aider les parents à tolérer ou dépasser leurs sentiments personnels pour autoriser l'enfant à s'installer et à vivre du bien-être dans sa nouvelle famille.

Cette période d'ambivalence affective peut parfois se résorber assez rapidement si les parents constatent que leur enfant évolue bien. Une période d'accalmie s'en suit et on peut autoriser des visites, parfois même des couchers chez les parents naturels, en autant que l'objectif du non-retour demeure toujours clair pour chacun. Parfois des changements dans la vie d'un parent, comme un nouvel emploi, un nouveau conjoint...peuvent bouleverser à nouveau le parent. Dans un deuxième temps, il devient donc important de s'assurer que le parent, tout comme l'intervenant au dossier, maintient le même discours de non-retour chez le parent et ne crée pas de faux espoirs chez l'enfant ou pour lui-même. Par conséquent, si les parents respectent la décision et les objectifs établis pour ces contacts, le rythme de ces contacts s'établit selon les besoins de l'enfant et les capacités des parents. Si les contacts deviennent réguliers, il sera alors important de respecter un rythme suffisamment espacé pour maintenir aux yeux de l'enfant l'idée du non-retour chez ses parents. Si les contacts se passent bien, nous pourrions avoir tendance à augmenter ceux-ci, mais il faut toujours évaluer le risque que l'enfant ne s'installe pas vraiment dans sa nouvelle famille mais plutôt qu'il vive « en attendant d'aller chez papa ou chez maman ». L'enfant et parfois aussi le parent, cherchera toutes occasions de se donner de l'espoir pour un éventuel retour. L'intervenant doit être très vigilant et s'arrêter sur le sens que prendra ces visites pour chacune des parties concernées.

Au cours d'un placement à long terme, il est possible, exceptionnellement, que des parents modifient leur contexte de vie ou entreprennent des démarches d'aide qui font que leurs capacités parentales s'améliorent et qu'ils seraient maintenant aptes à reprendre leur enfant. Devant ce genre de situation, il est important de se rappeler que si une décision de placement à long terme avait été prise auparavant c'est qu'un pronostic très sombre avait été émis en ce qui concerne les capacités des parents d'améliorer leur situation. Ainsi, avant de réviser cette décision, l'intervenant aura à évaluer la stabilité des changements opérés par les parents : est-ce que ces changements surviennent suite à une reconnaissance de leurs difficultés? Depuis combien de temps ces changements sont survenus? Ces changements sont-ils tributaires d'éléments extérieurs aux parents ou ceux-ci ont-ils intégrés de nouvelles façons de faire ou de voir leur rôle parental ? Par la suite, l'intervenant s'interrogera sur l'impact d'un changement de décision sur le développement de l'enfant. Par exemple, si l'enfant s'est installé depuis un certain temps dans sa famille d'accueil, est rassuré et se développe bien, un retour dans sa famille d'origine peut éveiller des inquiétudes de revivre le passé, peut engendrer des conflits de loyauté envers sa famille d'accueil et amener des désorganisations chez l'enfant. La question primordiale à se poser est de savoir si l'enfant est prêt, de son côté, à reprendre ses parents. Certains enfants ont parfois vécu plus longtemps dans leur famille substitut et, bien que leurs parents d'origine ne soient pas inconnus, ils sont devenus, avec le temps des connaissances, presque des étrangers dans quelques cas. Se séparer de leurs parents d'accueil devient alors une véritable séparation de leurs parents psychologiques et on peut leur créer un réel traumatisme.



Les parents ne sont pas d'accord avec la décision du placement à long terme
Si les parents ne sont pas d'accord avec la décision du placement à long terme, la supervision des contacts parents/enfant en présence de l'intervenant est essentielle et selon la nature des réactions des parents, le maintien et la fréquence de ces visites seront ajustés.

Certains parents ne sont pas d'accord avec l'idée du placement à long terme ou sont très ambivalents. Toutefois, après avoir expliqué clairement leur position à leur enfant, et ce, en présence de l'intervenant, les parents acceptent néanmoins des contacts avec l'enfant et ne contaminent pas ces rencontres avec leurs revendications ou leur amertume. En fait, ils se soucient du bien-être de leur enfant et évitent de le placer en conflit de loyauté. Ces moments peuvent parfois être difficiles pour les parents et l'enfant. Ils ravivent la blessure de la séparation et le désaccord par rapport à la situation. Le support de l'intervenant pour maintenir l'objectif de passer un bon moment ensemble devient important, tant pour l'enfant que les parents.

Lorsque la réaction des parents est telle qu'ils ne peuvent se contrôler en présence de l'enfant et se plaignent des intervenants, des services, de la décision et/ou de la famille d'accueil, l'intervenant aura à juger si les rencontres répondent aux besoins de l'enfant ou au contraire, nuisent à l'enfant. Il est possible que l'intervenant doive alors interrompre les contacts parents-enfant ou en faire occasionnellement si l'enfant a besoin d'être rassuré sur l'état de ses parents.

Enfin, les parents qui ne parviennent pas à surpasser leur déception en arrivent parfois à décider de rompre tous les contacts avec leur enfant. Ils nous dirons par exemple : « Si je ne peux pas le voir plus souvent, j'aime mieux pas le voir! ». Ils disparaissent de la vie de leur enfant durant plusieurs mois et même des années, voire toujours dans certains cas. Cependant, quelques-uns reviennent après un moment et demandent à reprendre des contacts avec leur enfant sans s'interroger sur l'effet de leur retour sur celui-ci. Dans l'accompagnement de l'enfant, celui-ci est toujours mis au courant des décisions de ses parents, même si elles peuvent être douloureuses pour lui. L'enfant qui a appris que ses parents ne viendraient plus le voir, a sûrement vécu des moments difficiles par la suite. Le retour de ses parents va probablement raviver ces blessures, susciter de l'ambivalence et éveiller des espoirs. L'enfant sera peut-être heureux de leur retour mais aussi fâché qu'ils l'aient abandonné et apeuré qu'ils disparaissent à nouveau. La reprise de contacts doit donc toujours être évaluée avec soin : est-ce que les parents sont conscients de l'impact que leur départ a eu sur leur enfant? Ont-ils remis en question certaines de leurs attitudes? Comment se positionnent-ils par rapport au placement à long terme de leur enfant? Avons-nous suffisamment d'éléments qui nous permettent de croire que les parents ne vont plus disparaître? Le désir des parents ne correspond pas toujours à la réalité. Ils peuvent exprimer leur désir de revoir leur enfant, d'être stable dans leurs contacts et leur sincérité être réelle. Toutefois, **dans les faits**, ces parents peuvent agir autrement : ils peuvent par exemple idéaliser leur relation avec leur enfant et à la moindre déception de sa part, disparaître pour un temps indéterminé.

Évaluation des capacités parentales

Au cours de l'évaluation d'une situation familiale, les capacités parentales des parents soulèvent parfois bien des questions. Lorsque l'enfant est placé, les contacts parents/enfant deviennent une occasion de parfaire cette évaluation. Le premier objectif de ces rencontres est alors d'évaluer les forces et les limites des capacités parentales : les parents sont-ils en mesure de répondre aux besoins spécifiques de leur enfant? Ont-ils des compétences parentales à développer? Ont-ils des problèmes organisationnels, des problèmes de personnalité ou des problèmes conjugaux...?²⁸

²⁸ voir Bouchard, L., De Rancourt, L., Desjardins, L., Gauthier,, L., Paquette, F. et Rainville, S. (2003). Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.



Le deuxième objectif est d'évaluer le potentiel de développement des compétences parentales : est-ce que les parents peuvent apprendre et maintenir ces apprentissages dans le temps? Ces objectifs sont clarifiés dès le début des rencontres parents/enfant, auprès de l'enfant et du parent. L'organisation de ces rencontres est prévue de manière à pouvoir observer l'évolution des compétences des parents. Le lieu, l'heure, la journée de ces contacts sont choisis, par exemple, afin d'offrir aux parents des occasions d'exercer leurs différentes compétences parentales. Ainsi, ils peuvent avoir besoin d'un endroit où ils pourront préparer et offrir un repas à l'enfant ou des soins physiques. Cette évaluation s'effectue en présence de l'évaluateur qui peut être l'intervenant ou tout autre professionnel habilité à faire ce type d'évaluation. Un laps de temps est habituellement prévu pour finaliser cette évaluation. Les contacts parents/enfant seront par la suite ajustés en fonction de cette évaluation. Les parents et l'enfant sont prévenus que ce type de contact est temporaire.

Au cours de ces rencontres, les parents démontrent quels aspects de leurs compétences parentales présentent des difficultés. L'intervenant peut souligner ces difficultés aux parents après les rencontres avec l'enfant et trouver des solutions à ces problèmes. Dans la poursuite de l'évaluation, l'intervenant pourra observer si les parents tentent d'améliorer concrètement les aspects identifiés comme étant problématiques. **L'évaluation se fait toujours à partir des faits observés** et non à partir de la bonne volonté exprimée verbalement par les parents.

Travailler certaines capacités parentales

Les contacts parents-enfant peuvent aussi être une occasion de travailler un aspect des capacités parentales identifié comme étant problématique durant l'évaluation de la situation familiale. Dans l'élaboration du plan d'intervention, cet objectif sera clairement établi avec les parents et présenté à l'enfant pour que celui-ci soit au fait du travail que ses parents doivent accomplir avant de le reprendre. Divers objectifs peuvent être visés comme de permettre aux parents d'acquérir des compétences requises pour l'exercice de leur rôle parental ou encore de développer ou renforcer un lien d'attachement avec leur enfant, ou encore aider les parents à clarifier et élaborer le projet de vie de leur enfant.

Chacun de ces contacts est organisé de manière à pouvoir répondre à un de ces objectifs. Ils s'effectuent en présence de l'intervenant responsable du dossier ou tout autre intervenant reconnu pour ses compétences dans le développement des capacités parentales. Chacune des rencontres sera évaluée avec les parents, en fonction de l'objectif préalablement établi et une note sera transcrite au dossier pour s'assurer du suivi serré de ce travail et pouvoir éventuellement se prononcer sur l'évolution des parents. Il est possible qu'au début, l'intervenant assigné doive servir de modèle aux parents pour l'accomplissement de certaines tâches à travailler. Toutefois, l'intervenant n'a pas à faire à la place du parent durant plusieurs rencontres si on veut évaluer les capacités d'apprentissage du parent. Si le parent ne se souvient pas des objectifs à travailler ou des solutions qui lui ont été proposées, il est important de lui souligner notre inquiétude aussitôt, pour vérifier s'il va s'ajuster rapidement ou non.

Pour que l'amélioration des capacités parentales soit significative, il faut que les parents démontrent une capacité d'apprentissage suffisamment rapide pour ne pas entraver le bon développement de l'enfant et que les nouvelles habiletés puissent s'observer dans les faits et se maintiennent dans le temps. Il devient parfois difficile pour les intervenants de qualifier les capacités d'apprentissage de certains parents. Par exemple, des parents peuvent démontrer beaucoup de bonne volonté à améliorer leurs capacités mais ne réussissent qu'à acquérir quelques habiletés minimales. Ils peuvent aussi apprendre seulement après des mois de travail suivi avec un intervenant et oublier si l'intervenant n'est pas présent comme point de repère. L'évaluation des capacités d'apprentissage et des limites des parents doit donc être documentée minutieusement, à partir des faits observés et non à partir de la bonne volonté exprimée par les parents.



Clarifier la situation familiale et le projet de vie de l'enfant

Toutes les situations précédemment élaborées présentent des occasions pour aider les parents et l'enfant à réfléchir sur leur avenir commun. Les rencontres sont préparées et reprises avec l'enfant, après chacune d'entre-elles, afin de lui permettre de bien comprendre ce qui s'est passé durant sa visite. À partir d'exemples concrets, l'intervenant peut démontrer à l'enfant le travail que ses parents ont entrepris pour améliorer leur situation ou encore les difficultés et les limites de ceux-ci. Chacune des visites est un moment privilégié pour préparer les parents et l'enfant aux décisions qui seront prises concernant le projet de vie de l'enfant.

La clarification du projet de vie de l'enfant est un processus et s'inscrit tout au cours de l'intervention. Dès l'évaluation de la situation familiale, chaque action posée par les parents démontre leur motivation, leur intérêt et leur capacité à répondre aux besoins de leur enfant. L'histoire de la famille, des parents et de leur relation avec l'enfant concerné vient compléter et enrichir grandement le tableau de la situation. Tous ces éléments peuvent être utilisés pour aider les parents et l'enfant à prendre conscience des difficultés, à mieux les comprendre et parfois à constater la chronicité des problèmes. Tout en demeurant vigilant face aux erreurs que nous pouvons commettre, les visites parents-enfants nous amènent à des constats et viennent souvent appuyer les hypothèses émises auparavant. Les paroles, les gestes et les attitudes des parents peuvent être repris avec eux, dès la première rencontre, pour souligner leurs forces ou leur indiquer leurs difficultés et amorcer leur réflexion sur la possibilité d'un retour de l'enfant chez eux. Le même travail s'effectue auprès de l'enfant. Les parents sont avertis dès le début que nous allons tenter de leur offrir toute l'aide dont ils auront besoin, mais que les enfants ne peuvent attendre indéfiniment que leur situation s'améliore parce que plus les enfants sont jeunes, plus ils risquent de s'enraciner rapidement dans leur nouveau milieu de vie.

Le projet de vie d'un enfant peut s'élaborer dans différents types de ressources : les membres de la famille élargie, une famille d'accueil régulière, une famille d'accueil de la banque mixte. Si le projet de vie de l'enfant s'amorce dans une des deux premières ressources, les parents et l'enfant auront à accepter l'idée d'un placement à long terme, souvent jusqu'à la majorité de l'enfant. Les éventuels contacts parents-enfants seront donc entrepris selon ce qui a été élaboré dans une section précédente sur le placement à long terme.

Le placement dans une famille de banque mixte réfère à une toute autre situation. En effet, il s'agit d'un placement à long terme mais en vue d'une adoption éventuelle. Habituellement, lorsque l'enfant est placé dans ce genre de ressource, les parents sont bien au fait de la probabilité que leur enfant soit adopté si leur situation comme parent ne s'améliore pas rapidement. Les contacts parents-enfants sont maintenus, sauf dans les situations où les parents ont abandonné dans les faits leur enfant et demandent subitement une rencontre, ou encore dans les cas d'une suspension ou d'une interdiction de contact ordonnée par la Chambre de la jeunesse. L'objectif de ces rencontres est, ici aussi, de clarifier avec les parents et l'enfant si celui-ci est en âge de comprendre. Si les objectifs sont d'évaluer ou d'améliorer les capacités parentales, les rencontres s'effectueront en tenant compte des remarques des sections précédentes. Le danger de causer un conflit de loyauté chez l'enfant est parfois plus éminent dans ce genre de situation parce que l'adoption réfère à une rupture légale définitive des liens avec la famille biologique. Il est donc très important d'être à l'affût, d'entendre les messages de l'enfant et de lui expliquer la situation le plus clairement possible, en fonction ses capacités et de son âge. Les contacts ne sont pas systématiquement supervisés bien qu'ils le soient souvent et chaque situation est à évaluer soigneusement.

À partir du moment où l'enfant est déclaré judiciairement adoptable, il y a généralement arrêt des contacts parents-enfants. Cependant, il arrive que des ententes entre le milieu de vie de l'enfant et les parents naturels permettent que des contacts soient maintenus au-delà même de l'adoption de l'enfant. Ce type d'entente s'appelle une adoption ouverte. Elle permet souvent à l'enfant de garder des contacts occasionnels avec ses parents d'origine. Ce type de contact a été défini dans

À chaque enfant son projet de vie permanent : un programme du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire



une section précédente mais certains aspects de la situation auront à être considérés plus spécifiquement. Par exemple, l'irréversibilité de la décision, les changements légaux que l'adoption implique comme le retrait des droits des parents biologiques, le changement des noms légaux de l'enfant... Au cours des rencontres parents-enfants, il est possible que des événements ou paroles appellent ces modifications et bouleversent les parents biologiques et parfois l'enfant.

Interruption des contacts parents-enfants

Dans les situations où l'enfant a été déclaré judiciairement adoptable, les contacts sont habituellement interrompus (voir les objectifs des contacts parents-enfant). Ce sont les parents adoptifs qui ont tous les droits lorsque l'adoption est officialisée. Il est important de se rappeler que pour certains enfants, il ne s'agit pas d'une brisure de relation lorsque ces contacts avec ses parents naturels ne sont jamais devenus significatifs pour lui. La situation peut être vécue différemment pour les parents naturels qui peuvent avoir besoin de beaucoup de support. L'intervenant aussi peut vivre beaucoup de déchirement. Le comité avisé peut à nouveau le supporter dans sa démarche.

La poursuite des contacts parents/enfant peut devenir malsaine pour l'enfant dans certaines situations. Par exemple, lorsqu'un enfant a vécu des événements très traumatisants auprès de ses parents, il arrive que le simple fait d'être remis en leur présence recrée cet état de traumatisme chez l'enfant. Après une période de séparation, où l'enfant aura retrouvé un peu de sécurité, il est parfois possible de tenter une reprise de contact mais seulement si l'enfant est d'accord et en préparant avec soin cette rencontre. Il est également possible que l'enfant ne puisse pas reprendre les contacts avant un grand laps de temps, voire même jamais, et ce, malgré le fait que les parents pourraient avoir fait beaucoup de progrès, s'être stabilisés et ne présentent plus de danger pour l'enfant. Celui-ci peut rester aux prises avec de la terreur ou de la rage associée à ses parents et aura besoin d'être accompagné avant toute reprise de contact.

D'autres types de contacts peuvent également perturber l'enfant lorsque les parents transmettent à l'enfant qu'il est le seul responsable du placement à long terme et qu'ils persistent à le culpabiliser, à le dénigrer et à le dévaloriser. On peut tenter d'accompagner l'enfant avant, pendant et après les visites pour nuancer les propos des parents ou reprendre les faits selon la réalité. Toutefois, si ces rencontres démolissent l'enfant et que celui-ci ne parvient pas à prendre une distance des propos de ses parents, il sera préférable d'arrêter les contacts jusqu'à ce que l'estime de soi de l'enfant soit suffisamment restaurée et solide pour affronter les attaques de ses parents.

Enfin, il arrive que certains parents pervertissent la relation avec leur enfant. Ce genre de situation est parfois très difficile à identifier et demande des connaissances et des habiletés cliniques pour les percevoir. Par exemple, certains parents érotisent leurs rapports à l'enfant et les gestes, les paroles et même ce qui prend l'allure de soins donnés à l'enfant peuvent recréer le climat d'abus qu'a connu l'enfant. D'autres parents peuvent établir des rapports sadiques avec leur enfant, sans attaques hostiles ouvertement exprimées mais tout en subtilité. Les parents très perturbés au plan psychique, qui ont une pensée incohérente, parfois inquiétante, peuvent aussi troubler l'enfant. Celui-ci peut se sentir mélangé, confus et avoir l'impression que c'est lui-même qui devient « fou » ou encore, l'enfant peut faire siennes les peurs et les angoisses de ses parents et en devenir envahi. L'accompagnement de l'intervenant pour clarifier ces situations, pour aider l'enfant à identifier et comprendre la maladie du parent devient essentiel mais ici aussi, il arrive que l'enfant ne soit pas suffisamment construit pour comprendre et ne pas se laisser contaminer par ces troubles. Dans ces situations, il est préférable de restreindre ou d'arrêter les contacts jusqu'à ce que l'enfant soit assez construit pour y faire face.



Les contacts avec les grands-parents

Bien que les contacts entre les grands-parents naturels et l'enfant ne soient pas le sujet spécifique de ce document et bien que ce sujet reste à explorer davantage, nous nous permettrons ici d'énoncer quelques grands principes.

Tout d'abord, les grands-parents ne sont pas systématiquement et automatiquement des personnes significatives pour les enfants. Il est possible que l'instabilité de leur propre enfant ait empêché qu'il se crée des liens. Il faut alors s'interroger sur la pertinence de construire ces liens avec l'enfant : est-ce que cela répond aux besoins de l'enfant ou à celui des grands-parents? Les grands-parents ne sont pas neutres. Ils peuvent faire partie de la dynamique familiale que nous avons identifiée comme étant problématique. Il ne faut pas oublier que ce sont souvent eux qui ont élevé les parents de l'enfant et il faut se questionner sur le modèle parental qu'ils ont offert à leur enfant? Les grands-parents ne peuvent pas être responsables de toutes les difficultés de leur enfant mais certains ont-ils pu y contribuer? Ils peuvent aussi être en conflits avec les parents de l'enfant ou ils peuvent se trouver coincés entre leur propre enfant (le parent de l'enfant) et leur petit-enfant si éventuellement ils visitent l'enfant et que les parents s'en sentent menacés pour une raison ou une autre. Les grands-parents peuvent minimiser l'impact de leur visite sur les liens parents-enfant et il arrive qu'ils créent un conflit de loyauté important chez l'enfant. Certains grands-parents réagissent aussi au placement de l'enfant et peuvent le mettre en péril, tout comme le parent, en dénigrant la famille d'accueil par exemple. Enfin, par souci de maintenir des liens familiaux, on organise parfois des contacts chez les grands-parents mais ceux-ci sous-estiment parfois leurs capacités de recevoir des enfants agités ou en manque et exigeant beaucoup de disponibilités. Les contacts avec les grands-parents dépendent donc aussi des besoins de l'enfant et des objectifs du plan d'intervention.

Les contacts avec la fratrie

Les contacts avec la fratrie sont déterminés en fonction des besoins de l'enfant, du sens que ces contacts auront pour lui et du type de lien qui le rattache à sa fratrie si un lien existe réellement entre eux. Tout comme avec les parents et les grands-parents, les liens du sang ne sont pas garants de l'existence de liens significatifs entre les enfants. Dans certaines situations, les enfants ont connu tellement de manques ou d'évènements traumatisants ensemble, que des contacts entre eux ravivent une profonde rivalité qui peut devenir destructrice pour eux ou réveillent les traumas antérieurs qui sont tout autant destructeurs. Parfois, les enfants ne parviennent à reprendre contact entre eux qu'après bien des années de placement, où chacun a réussi à se construire suffisamment pour être en mesure d'affronter les vieux fantômes que les contacts avec la fratrie peuvent raviver.



Séparer un enfant de ses parents et de sa fratrie lorsque la situation l'exige

*Lise De Rancourt
Nathalie Lamothe
Francine Paquette
Suzanne Rainville*

L'évaluation de certaines situations familiales nous amène parfois à devoir prendre la décision de séparer l'enfant de ses parents et parfois aussi de sa fratrie afin d'assurer son bien-être et son développement. Cette décision soulève bien des émotions et parfois même des passions chez les différents intervenants impliqués auprès de ces familles. Ces émotions retardent ces décisions au détriment des besoins des enfants et peuvent aussi les empêcher.

Ce document offre quelques balises cliniques pour vous aider à prendre cette décision difficile en vous appuyant sur certaines connaissances théoriques qui vous permettront de vous dégager des enjeux affectifs.

En premier lieu, nous vous présenterons les éléments de la situation familiale qui peuvent vous guider dans cette décision. Puis, en second lieu, nous aborderons certains éléments d'ordre affectif qui influence la prise de décision : le désir de réparation, le tabou de l'abandon et l'idéologie du lien du sang. Nous développerons principalement ce dernier.

Quelques critères pour considérer une séparation

Voici quelques repères suggérés par Berger (2001) pouvant guider l'intervenant dans sa décision de retirer l'enfant de son milieu familial. Certains de ces repères sont liés à la structure psychique des parents alors que d'autres se rapportent aux relations parents-enfant ou à l'enfant. Enfin, certains repères ont une valeur absolue et nécessitent une séparation rapide.

La structuration psychique des parents

Certaines structures psychiques sont particulièrement dommageables pour l'enfant. Il faut selon Berger, considérer la maladie mentale du parent (celui qui assume principalement la responsabilité parentale), et évaluer son impact sur l'enfant. Il faut tenir compte de la présence d'un autre adulte adéquat dans cette évaluation.

- La présence de troubles mentaux importants et chroniques avec des éléments délirants de type persécution, syndrome d'influence, hallucinations auditives, dépression majeure, est un problème d'autant plus grand que l'enfant est impliqué dans le processus délirant et fait l'objet de projections massives.
- La présence de comportements psychopathiques avec une errance sous toutes ses formes : multiplication des partenaires, déménagements, incapacité de manifester une attention continue à son enfant, utilisation répétée de drogues et alcool, implication de l'enfant dans des scènes violentes ou sexuelles entre adultes dont il est le témoin.
- Le manque de contrôle des impulsions, avec des variations brusques, explosives, des mouvements d'humeur.



La gravité et la chronicité des problèmes personnels des parents

- Le refus d'accepter la moindre part de responsabilité dans la situation actuelle. Les parents trouvent une justification à toutes les difficultés de leur enfant, les attribuent exclusivement à des facteurs extérieurs à la famille ou les nient.
- Les tentatives de prises en charge antérieures qui se sont soldées par des échecs. Des parents qui ont refusé toutes les mesures proposées, ou s'ils les ont acceptées, ont rapidement été conflictuels avec les intervenants, ou se sont montrés très passifs, ou les ont acceptées sans s'impliquer réellement.
- L'aide a été acceptée, mais après un délai raisonnable d'intervention, aucun changement important n'est apparu dans l'attitude éducative et affective des parents.

La relation parent-enfant

- Le parent ne peut maintenir que brièvement une attention aux besoins physiques de son enfant. Il s'agit d'une incapacité de se décentrer de soi pour se préoccuper de l'enfant et répondre à ses signaux.
- Le parent ne démontre pas d'affect et est incapable d'avoir des échanges émotionnels avec son enfant.
- Le parent a des projections massives qui entraînent une impossibilité de se représenter son enfant comme différent de soi.
- Le parent présente une instabilité des affects avec retournements imprévisibles de l'amour en haine, un désir fusionnel alternant avec le rejet.
- Les situations dans lesquelles les parents présentent ce que Berger appelle une « psychose blanche » posent des problèmes particuliers. Ce sont des parents dont les comportements sociaux semblent parfaitement adaptés, mais qui présentent une pathologie psychotique qui ne s'exprime que dans la relation avec leur enfant.
- L'enfant est pris dans les thèmes délirants des parents qui lui demandent d'adhérer à leurs croyances folles.
- Le parent établit une relation sans limite avec l'enfant soit par une absence totale de limites éducatives ou par une relation fusionnelle mère-enfant.
- L'enfant est soumis à une violence verbale, physique ou psychologique importante ou au spectacle de la violence des adultes.
- Les critères à prendre en considération chez l'enfant
- L'enfant présente un retard intellectuel et des retards de développement alors qu'il est né avec un potentiel normal et qu'il est vraisemblable que ces retards sont dus à un manque de stimulation ou à l'influence de son environnement.
- Des manifestations autistiques ou psychotiques apparaissent dans un contexte général de négligence ou de maltraitance grave.
- L'enfant présente une instabilité psychomotrice qui se caractérise par un déficit de l'attention avec hyperactivité (sans nécessairement un diagnostic médical pour le confirmer).
- La présence de troubles psychosomatiques graves.
- La présence de troubles caractériels (opposition, explosions de colère).
- Les indicateurs absolus justifiant une séparation
- Un délire maternel ou une dépression majeure nécessite un retrait de l'enfant, même si la mère accepte des visites à domicile et présente un certain degré de collaboration.
- L'aspect carence, absence de stimulation n'est que la partie visible de l'iceberg. En plus d'une éventuelle déficience intellectuelle, les enfants soumis à ce genre de comportements parentaux vont développer plus tard des processus de défense face à un environnement imprévisible, incohérent, abandonnant, brusque, douloureux.
- Une mère qui ne démontre aucune manifestation d'affection pour son bébé.
- Une relation parent-enfant érotisée impliquant les organes génitaux.



- Parent d'une violence extrême même sans coup.
- La baisse du QI. chez l'enfant.
- Le développement de troubles autistiques ou psychotiques qu'on peut relier à la situation familiale.

Mises en garde

- La demande de l'enfant de continuer à vivre chez ses parents ou, s'il en est séparé, sa demande de retourner vivre chez eux, n'est pas un élément décisif dans l'évaluation.
- Il est nécessaire d'avoir suffisamment de connaissances sur la pathologie psychiatrique de l'adulte et de l'enfant ou sinon, bénéficier de diagnostics précis en ce sens de la part des professionnels de la santé.
- Il y a toujours le risque de se laisser paralyser par la souffrance des parents.
- Si on est devant une situation limite, il faut être sensible à l'apparition des signes éventuels d'évolution vers une pathologie fixée ou vers une souffrance psychique importante.

Éléments d'ordre affectif influençant la décision

Les principaux éléments fournis par la littérature et reconnus dans la pratique comme étant des résistances à la prise de décision sont : le désir de réparation, le tabou de l'abandon et l'idéologie du lien du sang. Parfois un seul de ces éléments explique la difficulté d'un intervenant mais il arrive que ces éléments soient intimement liés.

Le désir de réparation

Le choix d'une profession rattachée à la relation d'aide est souvent associé à un désir plus ou moins conscient et plus ou moins intense de réparation. Ce désir est évidemment né des expériences de vie personnelle des intervenants. Il peut mobiliser, mais il peut aussi paralyser. L'intervenant doit faire la part des choses entre ce qui lui appartient et ce qui appartient à la situation familiale. Il peut arriver que l'intervenant veuille tellement réparer qu'il en vient à prendre son propre désir pour celui des parents. Il persiste à croire, malgré les faits, que les parents veulent changer, veulent apprendre ou veulent garder leurs enfants. Si l'intervenant ne parvient pas à réparer la situation familiale, il ne faut pas qu'il le vive comme un échec personnel. Il doit accepter qu'il ne pourra pas réparer toutes les difficultés rencontrées dans les familles.

Le tabou de l'abandon

Dans la société actuelle le désir ou le non-désir d'enfant est ouvertement exprimé. Dans ce contexte nous voyons apparaître deux mouvements sociaux. Tout d'abord, de multiples techniques de reproduction se sont développées, et les recherches se poursuivent à tel point que l'incapacité de concevoir un enfant devient exceptionnelle. En même temps, les possibilités d'adoption s'ouvrent de plus en plus au plan international. Ainsi, lorsque les parents ont un désir d'enfant celui-ci devient plus facilement réalisable.

D'un autre côté, si le désir d'enfant est absent, les méthodes de contraception sont aussi très avancées. De plus, le recours à l'avortement est également devenu plus accessible.

Devant ces nouvelles valeurs sociales, il devient difficile d'accepter que quelqu'un puisse devenir enceinte sans désir d'enfant, sans les conditions favorables pour l'élever ou sans avoir réalisé qu'avoir un enfant pose des exigences. Par conséquent, dans notre société actuelle, il devient

À chaque enfant son projet de vie permanent : un programme du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire



difficile d'imaginer l'abandon d'un enfant comme une solution. On le constate par exemple dans la popularité sociale autour du mouvement des retrouvailles où la mère pourrait vivre une pression à devoir rechercher l'enfant qu'elle a abandonné. Un autre exemple, est la situation où un parent n'abandonne jamais officiellement son enfant, mais l'abandonne dans les faits.

L'idéologie du lien du sang ²⁹

Certaines personnes attribuent, en raison de leur propre expérience, le fait du lien d'attachement à la présence d'un « lien du sang ». Cette croyance les amène à placer les liens du sang au-dessus de toutes autres considérations, lorsqu'il faut décider de l'avenir d'un enfant. Cette conviction peut avoir des conséquences dramatiques dans la vie d'enfants qui se verront privés du bonheur d'être aimés et investis par d'autres parents que leurs parents naturels en raison de l'acharnement de certains adultes à tenter de réconcilier l'irréconciliable.

L'attachement de l'enfant à ses parents et du parent à son enfant est un véritable cadeau de la vie. Il est le résultat d'un désir partagé d'être proche, engendré par le sentiment de bien-être que procure cette proximité. Ce cadeau n'est malheureusement pas accordé à tous. Il arrive que le parcours de certains individus placés dans une conjoncture défavorable fasse échec à cette merveilleuse chimie du genre humain. Il arrive que certains parents soient incapables ou n'aient pas le désir d'établir un lien d'attachement.

L'idéologie du lien du sang, c'est la croyance voulant que le rapport biologique entre le parent et son enfant ait une valeur sacrée qui doit être préservée quel qu'en soit le prix. Cette idéologie se base sur la conviction que la place de l'enfant est auprès de ses parents naturels et que le maintien du lien est inaliénable, peu importe la volonté ou la capacité de ceux-ci d'en prendre soin : « rien ne peut remplacer pour l'enfant sa famille naturelle ».

Il s'agit là d'une conviction profonde qui a peu d'assises rationnelles, mais un ancrage émotionnel lié à des expériences relationnelles précoces. C'est une idéologie qui part de bonnes intentions, généralement motivée par une recherche d'idéal, un désir de justice et de réparation et une volonté d'épargner de la souffrance. C'est une idéologie, qui en dépit des bonnes intentions, peut avoir des conséquences désastreuses sur la vie de certains enfants en raison des décisions complètement déraisonnables auxquelles elle peut conduire, comme : décider de couper inconsidérément des liens significatifs pour l'enfant, forcer une relation qui n'existe pas, laisser traîner une situation de manière indue, choisir une solution dont l'expérience clinique démontre qu'elle a très peu de chance de succès ou demander l'impossible à des parents dont les capacités sont limitées ou qui n'ont pas de réel intérêt envers leur enfant.

Décider de couper inconsidérément des liens significatifs pour l'enfant. Parce que les parents naturels absents de la vie de l'enfant vont mieux, c'est-à-dire qu'ils font des progrès au plan personnel (et non dans l'ensemble des capacités parentales), des intervenants décideront parfois de couper inconsidérément le lien que l'enfant a noué avec d'autres personnes. Cela revient à prendre parti pour le parent en niant l'importance de la continuité du lien pour l'enfant. Cette décision n'est pas sans conséquence. Elle inflige une blessure, un deuil relationnel à l'enfant. Il arrive que les parents soient prêts à reprendre leur enfant, mais il faut se questionner pour savoir si l'inverse est vrai.

Forcer une relation qui n'existe pas. Certains intervenants tentent de « réparer » la situation à la place des parents. Ils organisent tout, se mobilisent à la place des parents, contribuent à renforcer l'image idéalisée qu'a l'enfant du parent, cachent la vérité (mère en prison) ou poussent des parents séparés de leur enfant à demander de ses nouvelles, alors que ces parents ne se soucient visiblement pas de leur enfant. On peut penser à l'intervenant qui parle de sa mère à un enfant qui

²⁹

Tiré des travaux de Maurice Berger et de Paul Steinhauer.

À chaque enfant son projet de vie permanent : un programme du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire



ne demande pas de ses nouvelles et n'est guère prêt à en recevoir, le perturbant davantage. Ou encore à l'intervenant qui n'est pas à l'écoute et ne respecte pas le rythme de l'enfant et ses réactions en ce qui a trait aux contacts avec ses parents ou lors d'un processus de deuil que l'enfant doit réaliser.

Lorsqu'une situation commande une séparation définitive, parce que cette séparation demeure la meilleure solution en réponse aux besoins de l'enfant, il est essentiel de travailler le deuil et d'adopter un discours congruent avec l'enfant.

Laisser traîner une situation de manière induue. Certains intervenants ne se décident pas à établir un projet de vie pour l'enfant hors du milieu familial naturel alors que la situation démontre clairement que c'est l'orientation la plus pertinente et celle qui rejoint le plus l'intérêt et les besoins de l'enfant. Ces enfants n'ayant jamais un avenir prévisible devant eux se retrouvent sans ancrage. Cette situation suscite beaucoup d'anxiété et génère d'importants problèmes de comportement, même à un très jeune âge. Ces problèmes de comportements feront que des adultes susceptibles d'offrir un milieu familial substitut démissionneront face à cet enfant qui ne semble pas prêt à les tolérer.

Choisir une solution dont l'expérience clinique démontre qu'elle a très peu de chance de succès. L'idéologie du lien du sang amène aussi à confier certains enfants aux grands-parents. C'est une avenue qu'il faut envisager avec beaucoup de prudence. Même si un problème familial n'est pas nécessairement le résultat d'une transmission intergénérationnelle, il le demeure souvent. Il est essentiel de tenir compte de l'histoire du parent et de vérifier si les pauvres capacités parentales du parent ne sont pas le résultat de sa propre expérience avec les grands-parents.

D'ailleurs, l'expérience clinique démontre que les parents et les grands-parents se mettent généralement d'accord entre eux au moment de l'ordonnance afin d'éviter une séparation. Malheureusement, bon nombre de ces situations se terminent en catastrophe, avec des conflits très importants entre parents et grands-parents et une dégradation de l'état de l'enfant (Berger, 2001). C'est une situation d'autant plus difficile à gérer que l'enfant a parfois noué des relations pathologiques avec ses grands-parents.

Demander l'impossible à des parents dont les capacités sont limitées. L'idéologie du lien du sang amène aussi à trop exiger de certains parents en leur demandant d'être des parents « à part entière » ce qui les empêche d'exercer leurs capacités parentales partielles dans les domaines où ils sont compétents et pour la durée limitée qu'ils sont en mesure d'accomplir.

Pourquoi une telle idéologie?

Plusieurs raisons peuvent l'expliquer, mais la principale est qu'il est plus facile pour des adultes de s'identifier au parent qu'à l'enfant.

L'identification aux parents. Lorsqu'un intervenant se trouve face à une situation de séparation, un mécanisme d'identification quasi automatique à l'enfant ou aux parents émerge. C'est que, pour travailler dans le domaine de la relation d'aide, il faut savoir faire preuve d'empathie. Or cette faculté d'empathie, qui constitue une qualité essentielle à l'intervention, devient un obstacle si elle vient occulter le jugement. Selon Berger (1992), cette idéologie du lien permet d'éliminer l'ambivalence que chacun doit gérer, le tiraillement interne entre l'identification à l'enfant et celle au parent. L'idéologie du lien du sang l'emporte lorsque se produit une identification massive de l'intervenant à la souffrance des parents au détriment de la souffrance de l'enfant. L'identification à l'enfant se voit sacrifiée au profit de celle du parent parce que le parent a les moyens de communiquer sa détresse alors que le bébé ou le jeune enfant ne l'a pas (Berger, 1997).

Cette sensibilité à la souffrance du parent l'emporte souvent pour des raisons qui dépendent de l'histoire personnelle de chacun. L'intervenant qui s'identifie aux parents prend ce parti parce qu'il



considère que la situation de séparation lui serait intolérable et ne veut pas imposer à l'autre une telle souffrance. Il devient donc indispensable de protéger le parent.

La loi elle-même est porteuse de cette perte de l'identification à l'enfant au profit de l'identification aux parents. Ainsi un abandon ne peut être prononcé que si le parent ne donne aucune manifestation d'intérêt pour son enfant pendant six mois. De nombreux enfants ne seront pas considérés comme abandonnés simplement parce que le parent manifeste un signe d'intérêt : lettre, petit cadeau, etc.

La quête d'identité. Selon Berger (1997), toute situation de séparation renvoie chacun aux images parentales qu'il s'est constituées. Elle éveille une des craintes les plus profondes : celle de n'être situé dans aucune filiation, de n'avoir aucune origine représentable, aucun lien fantasmatique et aucune relation imaginaire de repli pour panser les blessures narcissiques de l'existence.

La perception de l'enfant comme un être strictement physique. Parce que les jeunes enfants ne parlent pas, certains adultes les considèrent comme des êtres dont le monde psychique est en état de dormance. Donc, des êtres qui ne peuvent être affectés au plan psychologique. Des êtres en devenir qui ont toutes les chances de se développer s'ils sont bien nourris, protégés du froid, etc. Cette croyance les amène à conclure qu'un jeune enfant ne sera pas touché par la discontinuité de la relation, par la pauvreté affective de la relation, par le manque de stimulation précoce, ce qui s'oppose à toutes les données scientifiques actuelles sur le développement de l'enfant.

La présence d'une confusion entre le lien physique et psychique. Du point de vue de la loi, le géniteur a des responsabilités et des devoirs parentaux assortis de droits afférents qui en permettent l'exercice. Or, le lien physique et le lien psychique ne sont pas nécessairement corrélés. Il n'y a pas forcément d'adéquation entre la conception d'un enfant et le désir d'enfant. Ce désir d'enfant est malheureusement trop souvent considéré par certains adultes comme allant de soi. Or, ce qui fonde la maternité et la paternité psychiques, c'est la capacité et le désir d'investir l'enfant réel et non celui imaginé par ses parents.

Un rationnel qui permet d'apaiser le doute. Décider d'une séparation physique ou psychologique définitive est un acte qui pèse lourd sur la conscience. Il s'agit d'un terrible dilemme moral. Cette décision oblige à prendre parti pour l'un ou pour l'autre : le parent ou l'enfant. C'est une décision très difficile en raison de l'inévitable souffrance qui est en jeu, souffrance que tous ne sont pas capables de supporter. Or l'idéologie des liens du sang procure un rationnel qui permet de se rassurer, d'apaiser le doute et d'éviter d'avoir à porter le sentiment de culpabilité et de doute qui accompagne la décision de séparation.

La séparation considérée comme un échec. En se plaçant d'emblée du côté des parents, l'intervenant ne peut concevoir la séparation que comme un échec et jamais comme une chance donnée à l'enfant. Ce qui amène l'intervenant à tout faire pour l'éviter alors que, dans certaines circonstances, c'est ce qu'il y a de mieux pour l'enfant. On pourrait faire l'analogie entre la décision de séparation et la décision de procéder à une opération chirurgicale. Toutes deux sont des situations que l'on voudrait éviter. Mais quel parent refuserait une telle opération si elle est nécessaire au bien-être de l'enfant?

Le mythe voulant qu'il soit plus important d'avoir des racines que de bons parents. Le principal problème de l'idéologie du lien du sang est qu'elle empêche de penser qu'un milieu substitut puisse être valable : mieux vaudrait vivre avec des parents ou des grands-parents inadéquats que de ne pas conserver de racines. Certains pensent que rien ne remplace une mère biologique. Cette pensée occulte le principe fondamental du développement psychique, en vérité, rien ne remplace une fonction maternelle exercée adéquatement. Ce mythe empêche de reconnaître la pathologie parentale. Il nuit souvent à l'intégration de la famille d'accueil comme un lien essentiel aidant l'enfant à construire sa personnalité. Ce mythe contribue également à se servir de principes valables à mauvais escient tels que « redonner aux parents leur place de parents »,

À chaque enfant son projet de vie permanent : un programme du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire



« à la mère sa place de mère » lorsque ceux-ci ne sont pas adéquats ou que les circonstances ne s'y prêtent pas.

Il faut reconnaître que les enfants ont des besoins différents et parfois irréconciliables avec le désir ou les besoins de leurs parents. C'est reconnaître la notion du meilleur intérêt de l'enfant.

Balises cliniques

Voici quelques principes pouvant soutenir l'intervention en matière de projet de vie pour les enfants.

Maintenir l'enfant avec ses parents naturels à toutes les fois où cela va dans l'intérêt de l'enfant. Évidemment, ce qui est le plus souhaitable est le maintien de l'enfant dans un projet de vie dans sa famille naturelle. Pour ce, nous avons le devoir d'apporter rapidement et intensément de l'aide aux parents dont l'état de la problématique laisse présager une possibilité de changement.

Mais, ce qui est souhaitable n'est pas toujours réalisable. Si, comme intervenant des centres jeunesse nous avons une obligation d'aider le parent à modifier ce qui ne va pas, le parent a, quant à lui, une **obligation de résultat** à l'égard de son enfant, et ce, dans un contexte où le temps compte pour l'enfant. Les changements dans la situation problématique doivent donc se produire dans un délai raisonnable. Il peut arriver que le parent change, mais que ce soit trop peu ou trop tard pour l'enfant.

Éviter les déplacements. En principe, tout placement devrait être définitif. En réalité, ce principe n'est pas toujours applicable, mais il faut tendre vers ce principe, viser la permanence, le bon jumelage, éviter les déplacements en urgence.

Se faire conseiller. Certaines situations de compromission imposent d'elles-mêmes la décision de séparer définitivement l'enfant de ses parents. D'autres situations sont moins évidentes et l'intervenant a plus de mal à prendre sa décision. Or, une longue période d'hésitation et de ballottage risque d'avoir des conséquences lourdes sur l'enfant parce que l'on tarde à prendre la meilleure décision à temps.

Il est important d'aller chercher des conseils. L'intervention dans ce domaine est particulièrement complexe non seulement en raison des enjeux qui l'entoure, mais parce que les récentes découvertes sur le développement de l'enfant montrent que de mauvaises décisions peuvent avoir des conséquences irréversibles. La méconnaissance de ces informations peut conduire à de terribles erreurs. C'est un domaine qui exige des connaissances spécifiques et en regard duquel le seul « gros bon sens » ne suffit pas. L'intervenant doit utiliser toutes les mesures de support mises à sa disposition pour actualiser rapidement sa prise de décision, notamment les comités aviseurs.

Les liens du sang et la fratrie³⁰

Un enfant présente, dès l'âge de 18 mois, un attachement significatif non seulement à sa mère mais aussi à son père, à sa fratrie et éventuellement à d'autres personnes significatives de son entourage. Ces liens entre frères et sœurs sont, tout comme le lien avec les parents, quelque chose de construit et non d'inné. Les membres d'une fratrie qui n'ont jamais vécu ensemble ne développent pas de liens.

«Le fait d'être frère et sœur ne permet pas de conclure qu'il y ait attachement entre des enfants ni que ce lien joue un rôle positif au niveau de la structuration de la personnalité de l'enfant» (Paquette, St-Antoine et Provost, 2000).

³⁰ Le terme fratrie est pris ici dans le sens large du terme, c'est-à-dire qu'il inclut les frères et sœurs



Ces liens se construisent habituellement à travers le jeu. La coopération, l'attention, l'affection, l'altruisme ainsi que la rivalité apparaissent. Les échanges contribuent à la maturation psychique de l'enfant et au développement de son identité. Les interactions au sein de la fratrie et les capacités d'apprentissage de l'enfant vont favoriser l'acquisition d'habiletés sociales et cognitives essentielles au processus de socialisation. Ces interactions peuvent même compenser, dans une certaine limite, pour des parents moins présents lorsque les liens entre les enfants sont positifs.

Placer la fratrie ensemble ou séparément?

Lorsque la décision de séparer les enfants de leurs parents est prise, la question de placer ensemble ou séparément les enfants d'une même famille se pose alors. Avant de prendre une décision, plusieurs éléments sont à prendre en considération.

Il faut évaluer la qualité du lien entre les enfants, examiner la dynamique en présence, considérer les avantages et désavantages de les placer ou non ensemble en tenant compte des besoins spécifiques de chacun des enfants.

Bien que la réunion de la fratrie soient généralement favorable, elle peut parfois être nocive. S'il existe des situations où les liens fraternels sont très forts et ont permis à des enfants de survivre dans des milieux très perturbés, certains enfants vont reproduire des patterns de relations déviantes et pathologiques dont ils ont été eux-mêmes victimes.

Pour en juger, il faut faire attention à ne pas idéaliser les liens en examinant objectivement chaque cas. Le meilleur moyen d'éviter l'idéalisation consiste à se référer constamment à l'état clinique de l'enfant et à observer le type de relations qui existe entre eux. Leurs relations sont-elles chaleureuses, conflictuelles, y a-t-il une domination de la part d'un des enfants sur les autres, y a-t-il du soutien, de la dépendance, de la fusion, du rejet, de la rivalité, de la compétition, une réminiscence qui ravive le traumatisme?

Diverses raisons peuvent motiver la séparation d'une fratrie. Règle générale la séparation est indiquée lorsque la relation entre les membres est plus nocive que positive. Certaines situations peuvent avoir suscité des comportements violents, de l'abus, de l'animosité, une influence négative d'un enfant sur l'autre ou une rivalité excessive. Certaines relations entre frères et sœurs sont éprouvantes comme par exemple le fait, pour l'un d'être toujours deuxième lorsqu'il tente d'obtenir de l'attention ou de l'affection d'un adulte. La séparation peut avoir des bienfaits cliniques comme de favoriser l'autonomie, l'individualisation, la confiance en soi, l'affirmation de soi ou de redonner à l'enfant «parentifié» sa liberté d'enfant. La séparation peut aussi être préférable lorsqu'un des enfants a de graves problèmes qui exigent un investissement tel que cela risquerait de priver l'autre de l'attention dont il a besoin. Elle peut aussi être préférable lorsqu'un des membres devient bouc émissaire ou lorsqu'il s'est installée une relation fusionnelle qui limite le développement de l'autonomie. La séparation des enfants peut parfois améliorer les relations entre frères et sœurs et favoriser une plus grande richesse de contact, même si ceux-ci sont moins fréquents. La rivalité étant atténuée, les enfants peuvent éprouver plus de plaisir à se retrouver. Elle peut aussi être décidée en raison du choix de l'enfant de prendre de la distance sa fratrie. Bien que la séparation d'une fratrie puisse être bénéfique pour le développement des enfants dans certaines circonstances, les enfants d'une fratrie peuvent éprouver le désir légitime de se retrouver dans l'avenir. Il est important de garder la trace des liens de filiation pour permettre à une fratrie de se retrouver.

Il est préférable maintenir la fratrie réunie lorsque les relations entre la fratrie sont plus positives que négatives. Le placement est une période de tension qui fragilise l'enfant. La présence de la fratrie réduit l'impact de la séparation avec les parents et facilite l'ajustement au placement et à d'autres stress ou pertes. La fratrie peut apparaître aux yeux de l'enfant comme un élément de continuité à travers le processus de changement qu'il vit. Un enfant plus jeune peut être rassuré par la présence d'un plus vieux placé au même endroit. La présence des autres membres de la fratrie est une source importante de soutien émotionnel, d'aide et de camaraderie. Elle offre à l'enfant des



points de repère familiaux, renforce la cohésion familiale et sauvegarde le lien en offrant de meilleures perspectives d'un avenir ensemble. Enfin, maintenir la fratrie réunie peut faciliter l'engagement des parents naturels (moins de déplacements, relations à établir avec une seule famille d'accueil).

Entretenir les liens lors de la séparation non souhaitée d'une fratrie

Il devient parfois inévitable de placer des enfants d'une fratrie séparément en raison du manque de ressources disponibles. Le maintien des contacts entre les membres de la fratrie est un important élément de continuité entre le passé, le présent et le futur. À moins de contre indications, les liens doivent être maintenus entre les enfants d'une fratrie. Bien que cela puisse représenter une multiplication des déplacements nécessaires aux rencontres entre les enfants, il est important d'inventorier les moyens pouvant aider à maintenir ces liens. Ces liens ont tendance à s'étioler avec le temps s'ils ne sont pas nourris. Même si l'enfant ne sollicite pas ces contacts, il ne faut pas prendre pour acquis qu'il n'est pas intéressé.

Les enfants peuvent avoir entre eux des contacts téléphoniques, des visites, de la correspondance. Certains peuvent participer à des thérapies conjointes, passer des vacances avec les gens d'une des familles d'accueil ou de l'autre, lorsque c'est possible il faut faire des efforts pour que les enfants fréquentent la même école, le même voisinage.

La limite des ressources

Le placement d'une fratrie dans des milieux substituts différents est plus courant qu'on ne le voudrait. Cela s'explique par une pénurie de familles disposées à devenir famille d'accueil, par la disponibilité restreinte au moment où l'on veut placer une fratrie alors que la famille d'accueil héberge déjà d'autres enfants et en raison de certains critères de sélection. Par ailleurs, les familles d'accueil ne sont pas toujours disposées à prendre des enfants ayant un écart d'âge important.

Même s'il s'agit d'une réalité déchirante, la fratrie ne peut remplacer le besoin pour l'enfant d'avoir une figure parentale significative. Vouloir garder ensemble une fratrie à tout prix peut compromettre la chance d'avoir une stabilité parentale en famille d'accueil. C'est un des nombreux dilemmes moraux auxquels sont confrontés les intervenants œuvrant auprès de jeunes enfants placés.

Ce qui ajoute à la complexité de la situation est que, plus les enfants présentent des indices de troubles d'attachement, plus ils percutent affectivement les familles d'accueil par leur refus de dépendre d'eux et par leur problème de comportement. Cela augmente les risques d'échec du placement. Lorsqu'un intervenant soupèse les bienfaits et les méfaits éventuels de placer ensemble une fratrie, il faut qu'il tienne compte du fait que demander à une famille d'accueil d'assumer plus d'un enfant en trouble d'attachement constitue un choix risqué qui peut avoir pour conséquence la multiplication des déplacements de ces enfants.



Lexique

L'intervention dans le champ des compétences parentales ne dispose pas encore d'une terminologie spécifique faisant l'objet d'un large consensus. Or la signification d'un terme est importante car elle influe sur nos actes et sur notre manière d'agir. Nous avons donc établi un lexique définissant des termes-clefs ou des notions dans le souci de bien définir ce à quoi réfèrent certains termes utilisés dans le cadre du programme.

Abandon	L'abandon est défini par l'article 38 a) de la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i> comme suit : « Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis : a) si ses parents ne vivent plus ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation;... »
Aptitude parentale	L'aptitude parentale est synonyme de capacité parentale, c'est-à-dire une disposition naturelle à exercer le rôle de parent.
Attachement	Bowlby définit l'attachement comme le lien émotif s'établissant entre une mère et son enfant, favorisant ainsi la proximité physique entre eux afin d'assurer soins et protection à ce dernier. L'attachement à la figure maternelle servirait également de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement.
Bien-être de l'enfant	La notion de bien-être de l'enfant est une notion qui se voit souvent confondue avec la notion de capacités parentales. Elles sont pourtant distinctes. Cette confusion se présente fréquemment lorsqu'il est question de l' <i>Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales</i> (ICBE) instrument auquel on attribue parfois des propriétés qu'il n'e possède pas. L'ICBE est un instrument pertinent pour mesurer le niveau de bien-être de l'enfant. Mais, comme le précisent les auteurs du manuel : « L'I.C.B.E. ne mesure pas la dynamique de la famille et ne précise pas les antécédents des parents. Il ne répond pas à toutes les interrogations ou à toutes les informations requises pour une évaluation psychosociale. Par exemple le volet de la capacité de prise en charge par le milieu est peu exploré ». (Centre jeunesse de l'Estrie, 1993). p25 Bien qu'il y ait un rapport indéniable entre les capacités parentales et l'état de bien-être des enfants, le recours à l'ICBE ne permet pas d'évaluer à lui seul les capacités parentales parce qu'il ne mesure pas le potentiel de changement des parents ni les réponses aux enfants qui seraient assurées par une autre personne de l'environnement et qui peuvent compenser à certaines limites du parent. En fait, l'ICBE procure un excellent cadre d'analyse pour objectiver le jugement à l'égard de la situation de compromission de l'enfant.
Capacités parentales	Les capacités parentales réfèrent au potentiel du parent, actualisé ou latent, lui permettant d'exercer son rôle; ce qui lui est possible de faire. Ce terme est l'équivalent d'« aptitude », de « possibilité » ou de « potentialité ». À la différence de la compétence parentale, la capacité parentale comporte une dimension de permanence et de limite. Par exemple le parent qui a un déficit cognitif a une limite objective permanente. Bien qu'il puisse vouloir pousser au maximum l'exercice de sa compétence et bien qu'il puisse trouver des mécanismes de support lui permettant de compenser les limites de ses capacités, il ne peut pas modifier sa capacité. Cette incapacité parentale peut également être associée à un problème personnel qui s'avère chronique telle la toxicomanie chez certains individus qui n'arrivent pas à se soustraire de cette emprise.
Compétence parentale	Les compétences parentales, dont l'équivalent sont les « habiletés parentales » réfèrent à la somme des attitudes et des conduites favorables au développement normal de l'enfant. Comme les diverses circonstances de la vie peuvent affecter de manière favorable ou défavorable l'exercice du rôle parental, les compétences peuvent s'améliorer ou se détériorer dans le temps. La compétence parentale a donc un caractère circonstanciel et évolutif. L'évaluation des compétences parentales se fonde sur l'examen des agissements actuels du parent envers



	<p>l'enfant.</p>
Dérive du projet de vie	<p>La dérive du projet de vie est la situation flottante d'enfants mis en placement qui, en raison de la négligence de l'agence de protection, de passivité ou d'inefficacité, se retrouvent de façon non intentionnelle dans des placements de longue durée où ils sont abandonnés par leurs parents naturels et oubliés par l'agence qui est censée veiller à leur bien-être.</p> <p>La première de ces dérives vient du fait qu'on laisse graduellement se détériorer l'état de l'enfant, en maintenant celui-ci dans sa famille naturelle qui a pourtant donné suffisamment de preuves de son incapacité à répondre à ses besoins. Ce type de dérive tient précisément dans le défaut de prendre un enfant en placement, alors qu'une évaluation attentive des capacités parentales aurait indiqué que cette mesure était dans son meilleur intérêt.</p> <p>Une autre forme de dérive se produit lorsqu'une agence de protection permet qu'un enfant placé soit sans cesse entraîné — « rebondisse » serait un meilleur terme — dans des allers et retours correspondant à autant d'essais infructueux de le réinsérer dans sa famille, laquelle se montre ambivalente ou même franchement rejetante et dont l'incapacité à répondre à ses besoins aurait pu être reconnue beaucoup plus tôt.</p>
Droits et devoirs parentaux	<p>Ce qui est exigible et ce qui est permis aux parents en vertu des règles édictées dans le Code civil du Québec.</p>
Fonctions parentales	<p>Synonyme de rôles parentaux. Ensemble des actions qu'un parent accomplit pour assurer le bien-être et le développement de l'enfant : affection, protection, éducation.</p>
Habilité parentale	<p>L'habileté parentale est le synonyme de compétence parentale, c'est-à-dire l'actualisation du savoir faire parental.</p>
Idéologie du lien du sang	<p>L'idéologie du lien du sang, c'est la croyance voulant que le rapport biologique entre le parent et son enfant ait une valeur sacrée qui doit être préservée quel qu'en soit le prix. Cette idéologie se base sur la conviction que la place de l'enfant est auprès de ses parents naturels et que le maintien du lien est inaliénable, peu importe la volonté ou la capacité de ceux-ci d'en prendre soin : « rien ne peut remplacer pour l'enfant sa famille naturelle ».</p>
Possibilité	<p>La possibilité parentale est synonyme de capacité parentale, en fait c'est le caractère de ce qui peut se réaliser.</p>
Potentialité	<p>Les potentialités parentales est synonyme des capacités parentales. Le potentiel parental est ce qui est ce qui existe en puissance, ce qui peut arriver sous certaines conditions.</p> <p>Un « projet de vie » est une situation dans laquelle l'enfant est placé de façon stable et permanente. Cette situation comporte deux dimensions une dimension physique : un milieu de vie, un lieu d'appartenance et une dimension dynamique : une personne significative avec qui l'enfant vit et peut développer un lien d'attachement.</p> <p>Différents projets de vie peuvent donc être envisagés pour l'enfant, ce sont : le maintien dans sa famille naturelle, le retour dans sa famille naturelle, le placement en famille d'accueil, le placement en banque mixte et l'adoption.</p>
Responsabilités parentales	<p>Les responsabilités parentales sont les divers devoirs et obligations des parents à l'égard de leur enfant. Plus l'enfant est investi e plus son développement a de chance d'être harmonieux, mais, en raison des valeurs sociales qui sont les nôtres, certaines exigences minimales sont prescrites dans un cadre juridique fixé par le législateur qui impose des règles régissant les droits et les devoirs parentaux.</p> <p>«Le Code civil du Québec définit les droits et devoirs des parents, limite le pouvoir de délégation de l'exercice certains droits et devoirs, impose des obligations, prescrit des modalités de partage de l'exercice de l'autorité parentale dans les cas de séparation, détermine de façon très stricte le processus d'adoption menant à la création d'une nouvelle filiation.</p> <p>Seul l'exercice de certains droits et devoirs de l'autorité parentale (garde, surveillance, éducation) peut être délégué.</p> <p>L'État peut même exercer un contrôle direct sur les titulaires de l'autorité parentale notamment afin d'assurer la protection de l'enfant, lorsque les parents tentent de se soustraire à leurs obligations ou qu'ils les exécutent de façon à compromettre la sécurité ou le développement des enfants (Manuel de référence sur la protection de la jeunesse, 1988).»</p> <p>Ainsi, lorsque nous parlons de responsabilités parentales, nous référons à ces exigences inscrites dans un cadre légal qui sont également assorties de droits pour les parents. Ce sont :</p>



1. **Le droit et le devoir de garde.** Ce droit et ce devoir visent à assurer un minimum de présence auprès de l'enfant.
2. **Le droit et le devoir de surveillance.** Ce droit et ce devoir visent à assurer la protection de l'enfant.
3. **Le droit et le devoir d'éducation.** Ce droit et ce devoir visent à assurer le développement physique, intellectuel, affectif, social, moral et spirituel de l'enfant. Le droit de correction qui se trouve désormais implicitement inclus dans le droit et le devoir d'éducation a été abrogé du code civil depuis 1994, Un droit de correction modéré et raisonnable permet encore d'infliger des punitions à condition que la corrections soit proportionnée à la faute et qu'elle soit conforme aux normes admises et tolérées dans la société. Cette correction ne peut en aucun cas provoquer des blessures nécessitant des soins médicaux.
4. **Le devoir d'entretien de l'enfant.** Ce devoir vise à satisfaire les besoins vitaux de l'enfant.

Rôles parentaux

Synonyme de fonctions parentales. Ensemble des actions qu'un parent accomplit pour assurer le bien-être et le développement de l'enfant : affection, protection, éducation.

Troubles de l'attachement

Les « troubles de l'attachement » sont un ensemble de symptômes associés à la perte partielle ou totale de la capacité d'attachement d'un enfant.



Bibliographie

- Association des centres jeunesse du Québec (1997). *En vue d'assurer à tout enfant un projet de vie permanent*. Table des directeurs de la protection de la jeunesse.
- Berger, M. (2001). Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de déficience parentale. *Dialogue*, 152, 32 pages
- Berger, M. (1997). *L'enfant et la souffrance de la séparation. Divorce, adoption, placement*. Paris : Dunod.
- Berger, M. (1992). *Les séparations à but thérapeutique*. Toulouse : Privat.
- Bouchard, L., De Rancourt, L., Desjardins, L., Gauthier, L., Paquette, F. et Rainville, S. (2003). *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer*. 2^e édition. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire
- Bureau, J. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative. Les troubles de l'identité*. Montréal : Gaétan Morin.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et pertes*. Vol.1, Attachement. Paris : P.U.F.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol.2, Separation: anxiety and anger London : Hogart Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol.3, Loss, sadness, and depression. London : Hogart Press.
- Caron, M. (2001). *Le développement identitaire dans un contexte de rupture de relation. Prévenir la dérive du projet de vie pour les enfants de 0 à 5 ans*. Journée professionnelle du conseil multidisciplinaire. Montréal : Université de Montréal, 31 mai 2001.
- Centre jeunesse de l'Estrie (1993). *Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales*.
- Centre Rosalie Jetté (1994). *Le Q-Sort des comportements maternels de Pederson, & Moran, (1990) : guide d'utilisation*. Direction des services de réadaptation pour la petite enfance et les mères en difficulté.
- Desgagnés, R., Lavoie, T., Marion, D., Nadeau, S., & Tremblay, D. (1995). *Programme d'habilitation parentale et juvénile*. Québec : Le Centre jeunesse de Québec.
- Ethier, L.S. et al. (1998). *Réussir en négligence*. Trois-Rivières: GREDEF et Centres jeunesse Mauricie Bois-Francs.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New-York : Other
- Fraiberg, S. Adelson, E., Shapiro, V. (1983). *Fantômes dans la chambre d'enfants*. *Psychiatrie de l'enfant*. XXVI : 1 : 57-98.
- Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. (2003) *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.



- Institut canadien des recherches avancées. *Étude sur la petite enfance*. Avril 1999.
- Goldstein, J., Freud, A., & Solnit, A. (1973). *Beyond the Best Interests of the child*. New York : Free Press.
- Gouvernement du Québec (1988). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*.
- Lieberman, A., Zeanah, C.H. (1995). Disorders of Attachment in Infancy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 4.3. (1988).
- Martin, F.E., & Palmer, T. (1997). Transition to adulthood. A Youth Perspective. Ottawa : Child Welfare League of Canada.
- Meaney, M. (1997). *Le développement de l'enfant et ses effets à long-terme sur la santé*. Conférence présentée à l'Université McGill dans le cadre de l'Institute for CorTexT Research and Development.
- Paquette, D, St-Antoine, M., & Provost, N. (2000). *Formation sur l'attachement*. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
- Paquette, D., & LaFrenière, P. J. (1994). Relation mère-enfant, cultures et socialisation. *Revue Canadienne de psycho-éducation*, 23 (1), 17-41.
- Paquette, F., & Chagnon, F. (2000). *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*. Montréal : Centres jeunesse de Montréal.
- Parent, S., Ménard, A., Pascal, S. (2000). La prévention des problèmes d'attachement à la petite enfance in Vitaro, F., Gagnon, C. *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Rycus, J.C., Hugues, R.C. (1998). *Field Guide to Child Welfare*.
- St.-Antoine, M. (1999). Les troubles de l'attachement. *Défi jeunesse*, 4(1), 3-7.
- Steinhauer, P.D. (1999). *Recognizing and Management of Attachment Disorders in Children*. National Teleconference. Child Welfare League of Canada.
- Steinhauer, P.D. (1996). *Le moindre mal*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Steinhauer, P.D. (1993). Steinhauer, P.D., Leiten, Berger, M., Manglicas, E., Pauker, J. D., Smith, R., & Goncaïves, L. (1993). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto : Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée.
- Waters, E. (1997). *Attachment Behavior Q-Set* (version 3.0). Http : www.psychology.sunysb.edu/ewaters/.



Annexe 1 : Grille de dépistage

Grille de dépistage

Cette grille est un outil de dépistage des situations à risque de dérive du «projet de vie»³¹ pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans. Elle est le produit d'une mise en commun de deux grilles de dépistage³² auxquelles ont été apportées certaines modifications. Elle comporte 4 sections : **historique du placement**, **portrait de la situation familiale** pouvant affecter la gravité du risque, **capacité de prendre soin** de l'enfant et **volonté d'en prendre soin**. Chacune des sections amène l'intervenant à examiner sommairement la présence de divers facteurs considérés à risque selon les avancées scientifiques actuelles.

Cette grille constitue un support au jugement clinique. Certains repères sont fournis à la section 3a, 3b et 4 pour l'interprétation des résultats. Ces repères ont été déterminés à partir de l'avis d'experts cliniques sur la question. Cette grille n'est pas un outil psychométrique et n'a pas fait l'objet d'une validation scientifique. Il n'y a donc pas de cotation qui détermine avec certitude un seuil critique. C'est l'accumulation des facteurs qui permet à l'intervenant d'évaluer la gravité du risque. Lorsque la grille de dépistage semble indiquer la présence d'un risque, cette situation devra alors faire l'objet d'une évaluation en profondeur qui, seule, permettra de l'apprécier.

Nom de l'enfant : _____			
No d'usager : _____	Date de naissance : ____/____/____	Cadre légal : †LPJ	†LSSSS
Grille complétée le ____/____/____			

Procédure

- 1) Faites l'inventaire des placements connus
- 2) Recueillez les informations sur les différents items de la grille
- 3) À partir de ces items, posez un jugement clinique sur le risque de dérive du projet de vie
- 4) Inscrivez au point 5 le résultat de votre réflexion quant à la pertinence d'inscrire ou non l'enfant dans le programme

1. Historique du placement

†L'enfant n'est pas placé	Si l'enfant est placé, date du début du placement actuel : / /		
Date du 1 ^{er} placement : / /			
Placements : Famille d'accueil = FA Centre de réadaptation = CR	Type	Durée	Âge
1 ^{er} placement			
2 ^e placement			
3 ^e placement			
4 ^e placement			
5 ^e placement			
Total			

³¹ Nous entendons par «projet de vie» une situation qui offre un milieu de vie répondant aux besoins de l'enfant de façon stable et permanente ainsi qu'un lieu d'appartenance.

³² La *Grille de dépistage du risque d'abandon ou du délaissement de l'enfant* produite par les Centres jeunesse de Québec et la *Grille d'indicateurs du risque d'abandon* produite en 1991 par Geneviève Turcotte, chercheure aux Centres jeunesse de Montréal.

L'enfant a-t-il eu des placements privés, c'est-à-dire un placement dans la famille élargie ou chez une connaissance, et pour une période de temps suffisamment longue (exclu par exemple, la garde de l'enfant pendant une période de vacance ou une fin de semaine) :	<input type="checkbox"/> Oui, nombre des placements privés _____ durée des placements privés _____ <input type="checkbox"/> Non
---	---

Tentatives de réinsertions familiales	Durée
1	
2	
3	
4	
5	
Total	
Cause des échecs :	

2. Situation familiale

Parents

Nom de la mère :
Âge (environ) :
<input type="checkbox"/> Présente dans la vie de l'enfant <input type="checkbox"/> Occasionnellement présente dans la vie de l'enfant <input type="checkbox"/> Absente de la vie de l'enfant <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Décédée

Nom du père :
Âge (environ) :
<input type="checkbox"/> Présent dans la vie de l'enfant <input type="checkbox"/> Occasionnellement présent dans la vie de l'enfant <input type="checkbox"/> Absent de la vie de l'enfant <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Décédé

Contexte familial de l'enfant

<input type="checkbox"/> Vie commune des parents biologiques <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Mère ou père avec conjoint (depuis plus de 1 an) <input type="checkbox"/> Mère ou père avec conjoint (depuis moins de 1 an) <input type="checkbox"/> Mère ou père vit généralement seul(e)
Nombre de frères et sœurs _____
Rang _____

Nombre de frères et sœurs qui sont placés ou ont déjà été placés :
par les centres jeunesse _____
en placements privés _____
confiés à l'adoption _____

3. Capacité de prendre soin de l'enfant

Facteurs de risque associés aux problématiques chez les parents

Problème	Mère	Père	Cotation (ne rien inscrire si le père ou la mère sont absents dans la vie de l'enfant)
Problèmes de santé mentale et antécédents psychiatriques.			0. Pas de problème. 1. Problème sérieux, mais contrôlé par médication ou épisodique. 2. Problème identifié comme majeur, permanent ou récurrent. Il exige un suivi médical à long terme.
Autonomie fonctionnelle (capacité à assumer les besoins quotidiens : physiques, alimentaires, vestimentaires, hygiéniques).			0. Autonomie. 1. Autonomie limitée pouvant nécessiter un support lors de crises ou de difficultés. 2. Déficit important dans l'autonomie fonctionnelle nécessitant une prise en charge partielle (avec supervision) ou permanente.
Toxicomanie (consommation régulière et abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments).			0. Consommation occasionnelle qui ne présente pas de dangers pour l'enfant. 1. Il y a une habitude et un plaisir à consommer, mais il y a peu ou pas tendance à augmenter les doses. Une certaine dépendance psychique, mais pas de dépendance physique. La consommation est régulière ou sporadique, mais les abus ne semblent pas excessifs. La personne peut généralement accomplir ses rôles sociaux et parentaux, mais il se produit parfois des écarts de conduite dangereux pour l'enfant. 2. Consommation chronique avec une dépendance d'ordre physique et généralement d'ordre psychologique. Des effets nuisibles à l'individu et à la société et qui rendent le parent généralement non fonctionnel au travail ou dans l'accomplissement des tâches parentales.
Limite intellectuelle et sociale.			0. Aucune limite observée. 1. Le parent a besoin d'un environnement ou d'un support spécialisé pour mieux remplir certains rôles. Le parent peut être attentif à l'enfant sans toutefois être efficace dans la réponse aux besoins de celui-ci. 2. Le parent démontre une incapacité de fonctionner dans un ou plusieurs de ses rôles majeurs en raison d'une limite intellectuelle (trouble de jugement, d'apprentissage, d'adaptation). Il est incapable d'anticiper ou reconnaître les besoins de l'enfant.
Parent ayant un mode de vie inapproprié (criminalité, violence conjugale, instabilité domiciliaire, désorganisé ou promiscuité sexuelle).			0. Pas de problèmes dans le mode de vie. 1. Le parent a des écarts de conduites occasionnels qui mettent parfois son enfant dans des situations à risque. 2. Le parent a un mode de vie qui expose fréquemment son enfant à des risques pour son développement physique, moral ou psychologique.
Total : Lorsqu'une cote 2 est déterminée pour un des 5 facteurs examinés, la situation de l'enfant devrait généralement être considérée comme étant à risque.			

Facteurs de risque associés à l'attitude des parents face aux difficultés de l'enfant

Problèmes	Mère	Père	Cotation
Face à la maladie physique chronique ou handicap physique de l'enfant...			0. Le parent reconnaît le problème de l'enfant et supporte l'enfant dans ses difficultés.
Face à l'hospitalisation précoce par naissance prématurée ou autre...			1. Le parent reconnaît plus ou moins les difficultés, il a des réserves, mais il n'est pas ouvertement rejetant ou hostile.
Face au retard du développement : trouble du langage, problème d'autonomie fonctionnelle, problème de motricité...			2. Le parent ne reconnaît pas les difficultés de l'enfant, ne s'en occupe pas ou est ouvertement rejetant.
Face au problème émotionnel : hyperactivité, trouble de l'humeur (dépression), troubles anxieux (angoisse, phobies) énurésie, encoprésie, troubles alimentaires...			99. Ne s'applique pas. L'enfant n'a pas ce problème. NB : (ne rien inscrire si le père ou la mère sont absents dans la vie de l'enfant).
Face aux problèmes de conduite de l'enfant : conduites extériorisées (agressivité, morsures, coups, colères, cris, pleurs, opposition) ou conduites intériorisées (retrait, isolement, difficulté d'affirmation et d'expression des besoins)...			
Total : (ne pas additionner les 99) Lorsqu'une cote 2 est déterminée pour un des 5 facteurs de risque précédent (les retards de développement faisant exception), la situation de l'enfant devrait généralement être considérée comme étant à risque.			

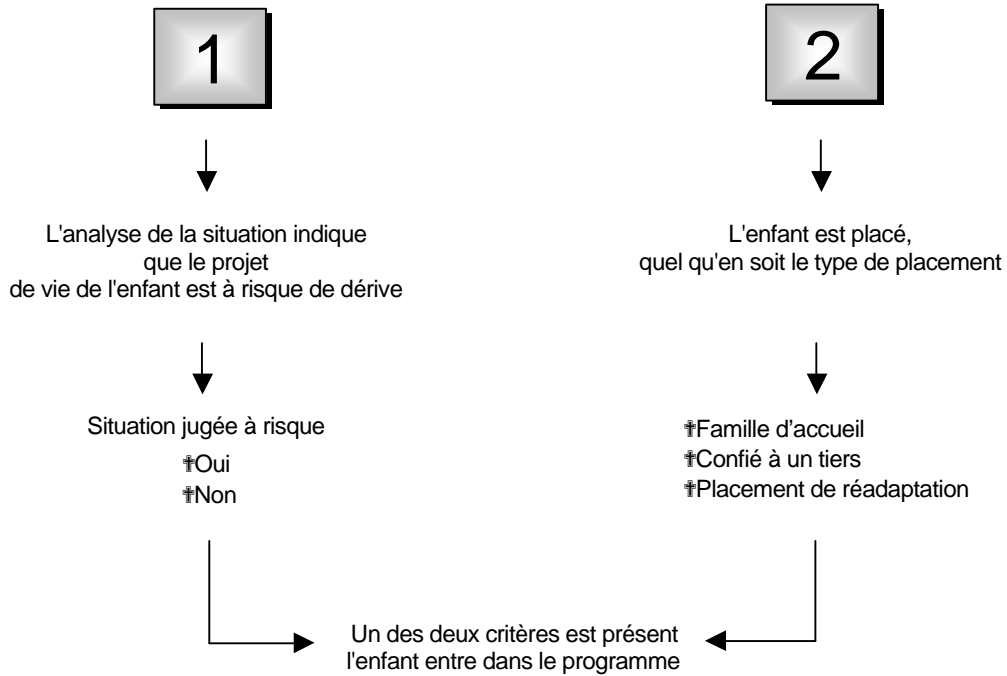
4. Volonté de prendre soin de l'enfant

Indicateurs de risque antérieurs au placement

	Oui	Non
Histoire de rejet, de placements et de délaissement dans la vie du ou des parents.	1	0
Antécédents de placements et de délaissement dans la fratrie de l'enfant étudié (si la mère est multipare).	1	0
Projet explicite de se faire avorter ou de faire adopter l'enfant, non réalisé.	1	0
Problème d'adaptation à la situation de grossesse chez la mère (absence ou rareté du suivi médical pendant la grossesse; refus des changements physiques; refus d'apporter des changements dans le mode de vie; absence de préparatifs pour accueillir l'enfant).	1	0
Comportement de rejet ouvert à l'égard de l'enfant dès la petite enfance (parents ignorent l'enfant, sont insensibles à ses interactions, cherchent à éviter les contacts physiques, n'en parlent qu'en termes négatifs, le considèrent comme un poids dans leur vie).	2	0
Discontinuité dans la présence du ou des parents auprès de l'enfant, dès la petite enfance (ruptures non préparées avec retours : habitude répétée de confier l'enfant à des parents, amis, voisins, sans préparation et pour des périodes plus longues que prévues).	2	0
Total : Lorsque le total de la cotation est égal ou supérieur à 3 la situation de l'enfant devrait généralement être considérée comme étant à risque.		

5. Décision de l'intervenant

L'intégration d'un enfant dans le programme se fait en fonction d'un des deux critères suivants





Annexe 2 : Monitoring des données

Monitoring des données

Tout au long du programme certaines données doivent être consignées par les intervenants. À l'étape 1 et 2 du programme l'intervenant E/O complète les données qui s'y rapportent et les intervenants de prise en charge complètent les données des étapes 3, 4, 5 et 6. Ces informations sont remises à la secrétaire responsable de la saisie des données. L'enregistrement de l'information dans une base de données informatisée permet de faire un suivi de gestion ainsi que des analyses cliniques qui vont nous permettre d'apprendre sur l'intervention.

1

Étape 1 : dépistage des enfants à risque

20 jours
après
l'assignation

Nom de l'intervenant à l'évaluation-orientation DPJ _____

Numéro d'usager _____ Date d'assignation du dossier ____/____/____

Saisir les données intégrales de la Grille de dépistage

2

Étape 2 : analyse, pronostic et choix des mesures

45 jours après le dépistage

Nom de l'intervenant à l'évaluation-orientation DPJ _____

Numéro d'usager _____

Guide d'évaluation des capacités parentales (adaptation de la grille de Steinhauer)

‡ Complété Non complété en raison : ‡d'un déménagement
 ‡de la disparition des parents
 ‡de l'incapacité du parent
 ‡du décès du parent

Profil des capacités parentales	Préoccupation majeure	Préoccupation mineure	Force mineure	Force majeure
1. Le contexte sociofamilial	‡	‡	‡	‡
2. Le développement de l'enfant	‡	‡	‡	‡
3. L'attachement	‡	‡	‡	‡
4. Les compétences parentales	‡	‡	‡	‡
5. Le contrôle des impulsions	‡	‡	‡	‡
6. La reconnaissance de la responsabilité	‡	‡	‡	‡
7. Les facteurs personnels affectant les compétences parentales	‡	‡	‡	‡
8. La qualité des relations sociales	‡	‡	‡	‡
9. L'histoire des services publics	‡	‡	‡	‡

Hypothèse pronostique	A	B
1. Développement de l'enfant	‡ peu ou pas altéré	‡ altéré
2. Apparition des problèmes	‡ récente	‡ état chronique
3. Trouble psychiatrique chez le parent affectant ses capacités parentales	‡ trouble absent ou présent chez seulement un des parents ou présent mais bon pronostic	‡ parent seul, trouble présent et pronostic sombre
4. Utilisation des services dans le passé et succès de l'intervention	‡ collaboration et ouverture, a formé une alliance, changements significatifs	‡ services refusés, nombreux échecs dans le traitement, pas d'alliance, pas de changements significatifs
5. Compétences parentales actuelles	‡ inadéquates depuis peu	‡ inadéquates depuis longtemps
6. Ouverture actuelle, volonté des parents à rechercher et à utiliser couramment de l'aide	‡ présente	‡ absente
7. Acceptation de la responsabilité par les parents	‡ présente	‡ absente
8. Capacité à contenir les tensions	‡ présente	‡ absente
9. Soutien extérieur et capacité à l'utiliser	‡ présent	‡ absent
Hypothèse pronostique	‡A ‡AB ‡B	

Q-Sort	Complété	Non complété	Ne s'applique pas
Q-Sort des comportements maternels (0-12 mois)	†	†	†
Q-Sort sur l'attachement (2-5 ans)	†	†	†

Les parents ont été informés par l'intervenant E/O de la position du centre jeunesse sur la primauté des intérêts de l'enfant et sur les conséquences tant du respect que du désistement des engagements et ce, au plus tard à la table d'accès.

- †Inscrit dans les mesures volontaires
- †Informés lors d'une entrevue le ____/____/____
- †Inscrit dans le rapport d'évaluation-orientation
- †Informés à la table d'accès
- †Informés lors de l'audition au tribunal

Déclaration d'intention du ou des parents relative au projet de vie

- †Le parent se dit prêt à faire les efforts nécessaires pour garder l'enfant
- †Le parent dit vouloir reprendre l'enfant
- †Le parent demande à ce que l'enfant soit placé
- †Le parent veut confier l'enfant à son milieu familial élargi
- †Le parent veut confier l'enfant en adoption
- †Aucune déclaration n'a été faite par les parents

Décision d'orientation	Décision prise
<ul style="list-style-type: none"> †Maintenir l'enfant en milieu familial †Retourner l'enfant en milieu familial †Placer l'enfant en famille d'accueil †Placer l'enfant en réadaptation †Orienter l'enfant en banque mixte †Orienter l'enfant vers l'adoption †Confier l'enfant à une tierce personne 	<ul style="list-style-type: none"> †En accord avec le père †En accord avec la mère †En désaccord avec le père †En désaccord avec la mère †Sans les parents (disparition, décès ou incapacité)

3

Étape 3 : plan d'intervention

1 mois après
la date
d'assignation

Nom de l'intervenant de prise en charge _____

Numéro d'usager _____ Date d'assignation du dossier _____ / _____ / _____

Les parents ont pris des engagements à propos	Oui	Non	Ne s'applique pas
Des contacts avec l'enfant : lieu, durée et rythme	†	†	†
De leurs problèmes personnels	†	†	†
Des moyens visant à améliorer leurs compétences parentales	†	†	†
De leur implication parentale (suivi médical, inscription à la garderie ou autres)	†	†	†

Le centre jeunesse a pris des engagements à propos	Oui	Non	Ne s'applique pas
Du lieu, de la durée et du rythme des rencontres	†	†	†
Des mesures relatives aux problèmes personnels du ou des parents	†	†	†
Des mesures visant à améliorer les compétences parentales	†	†	†
Des références ou de l'accompagnement dans des ressources spécialisées offertes par d'autres établissements	†	†	†

4

Étape 4 : première révision du plan d'intervention

3 mois après la
rédaction du plan
d'intervention

Nom de l'intervenant de prise en charge _____

Numéro d'usager _____

Bilan concernant le pourcentage de respect des engagements à propos		Ne s'applique pas
Des contacts avec l'enfant : lieu, durée et rythme	%	†
De leurs problèmes personnels	%	†
Des moyens visant à améliorer leurs compétences parentales	%	†
De leur implication parentale (suivi médical, inscription à la garderie ou autres)	%	†

Bilan concernant le pourcentage de respect des engagements du centre jeunesse à propos		Ne s'applique pas
Du lieu, de la durée et du rythme des rencontres	%	†
Des mesures relatives aux problèmes personnels du ou des parents	%	†
Des mesures visant à améliorer les compétences parentales	%	†
Des références ou de l'accompagnement dans des ressources spécialisées offertes par d'autres établissements	%	†

5

Étape 5 : deuxième révision du plan d'intervention

3 mois après la première révision du plan d'intervention

Nom de l'intervenant de prise en charge _____

Numéro d'usager _____

Second bilan concernant le pourcentage de respect des engagements à propos		Ne s'applique pas
Des contacts avec l'enfant : lieu, durée et rythme	%	†
De leurs problèmes personnels	%	†
Des moyens visant à améliorer leurs compétences parentales	%	†
De leur implication parentale (suivi médical, inscription à la garderie ou autres)	%	†

Second bilan concernant le pourcentage de respect des engagements du centre jeunesse à propos		Ne s'applique pas
Du lieu, de la durée et du rythme des rencontres	%	†
Des mesures relatives aux problèmes personnels du ou des parents	%	†
Des mesures visant à améliorer les compétences parentales	%	†
Des références ou de l'accompagnement dans des ressources spécialisées offertes par d'autres établissements	%	†

Bilan de l'évolution de la situation à l'aide du Guide d'évaluation des capacités parentales (adaptation de la grille de Steinhauer)	
† Complété	Non complété en raison : † d'un déménagement † de la disparition des parents † de l'incapacité du parent † du décès du parent

Profil des capacités parentales	Préoccupation majeure	Préoccupation mineure	Force mineure	Force majeure
1. Le contexte sociofamilial	†	†	†	†
2. Le développement de l'enfant	†	†	†	†
3. L'attachement	†	†	†	†
4. Les compétences parentales	†	†	†	†
5. Le contrôle des impulsions	†	†	†	†
6. La reconnaissance de la responsabilité	†	†	†	†
7. Les facteurs personnels affectant les compétences parentales	†	†	†	†
8. La qualité des relations sociales	†	†	†	†
9. L'histoire des services publics	†	†	†	†

Hypothèse pronostique	A	B
1. Développement de l'enfant	† peu ou pas altéré	† altéré
2. Apparition des problèmes	† récente	† état chronique
3. Trouble psychiatrique chez le parent affectant ses capacités parentales	† trouble absent ou présent chez seulement un des parents ou présent mais bon pronostic	† parent seul, trouble présent et pronostic sombre
4. Utilisation des services dans le passé et succès de l'intervention	† collaboration et ouverture, a formé une alliance, changements significatifs	† services refusés, nombreux échecs dans le traitement, pas d'alliance, pas de changements significatifs
5. Compétences parentales actuelles	† inadéquates depuis peu	† inadéquates depuis longtemps
6. Ouverture actuelle, volonté des parents à rechercher et à utiliser couramment de l'aide	† présente	† absente
7. Acceptation de la responsabilité par les parents	† présente	† absente
8. Capacité à contenir les tensions	† présente	† absente
9. Soutien extérieur et capacité à l'utiliser	† présent	† absent
Hypothèse pronostique	†A †AB †B	

Q-Sort	Complété	Non complété	Ne s'applique pas
Q-Sort des comportements maternels (0-12 mois)	†	†	†
Q-Sort sur l'attachement (2-5 ans)	†	†	†

Révision du projet de vie	Décision prise
†Orientation maintenue †Nouvelle orientation : retour en milieu familial †Nouvelle orientation : placement en famille d'accueil †Nouvelle orientation : placement en réadaptation †Nouvelle orientation : banque mixte †Nouvelle orientation : adoption †Nouvelle orientation : confié à une tierce personne	†En accord avec le père †En accord avec la mère †En désaccord avec le père †En désaccord avec la mère †Sans les parents (disparition, décès ou incapacité)

6

Étape 6 : Actualisation du projet de vie

Les diverses situations dans lesquelles l'enfant peut se trouver

1. Maintien à la maison	11. Placement en famille d'accueil avec projet d'adoption (avec ordonnance de placement en vue d'adoption)
2. Retour à la maison	12. Placement en famille d'accueil en attente d'une banque mixte
3. Placement dans la famille élargie	13. Placement en banque mixte (à la phase du consentement à l'adoption)
4. Stabilisation dans la famille élargie en vue d'une tutelle ou d'une garde légale	14. Placement en banque mixte (à la phase de la requête en admissibilité à l'adoption)
5. Placement en famille d'accueil de transition	15. Placement en banque mixte (avec ordonnance de placement en vue d'adoption)
6. Placement en famille d'accueil en préparation à un retour à la maison	16. Adoption régulière (à la phase du consentement à l'adoption)
7. Placement de réadaptation	17. Adoption régulière (à la phase de la requête en admissibilité à l'adoption)
8. Placement en famille d'accueil à long terme	18. Adoption régulière (avec ordonnance de placement en vue d'adoption)
9. Placement en famille d'accueil avec projet d'adoption (à la phase du consentement à l'adoption)	19. Confié à une tierce personne
10. Placement en famille d'accueil avec projet d'adoption (à la phase de la requête en admissibilité à l'adoption)	

Lors de la 3^e révision du plan d'intervention

Nom de l'intervenant de prise en charge _____

Numéro d'utilisateur : _____

Inscrire le chiffre correspondant à la situation où se trouve présentement l'enfant ? _____

Dans quel état de réalisation se trouve le projet de vie ?

† Actualisé (fin du programme)
† En voie d'actualisation

Lors de la 4^e révision du plan d'intervention

<p>Nom de l'intervenant de prise en charge _____</p> <p>Numéro d'utilisateur _____</p> <p>Inscrire le chiffre correspondant à la situation où se trouve présentement l'enfant ? _____</p> <p>Dans quel état de réalisation se trouve le projet de vie ?</p> <p>† Actualisé (fin du programme) † En voie d'actualisation † En difficulté</p>	<p>Si en difficulté, quelle en est la cause :</p> <p>† discontinuité des intervenants † manque de ressources † désistement des ressources † décision du tribunal non conforme à notre analyse et nos recommandations † autre _____</p> <p>Inscrire la date de la convocation de l'étude de cas ____/____/____</p>
---	---

Lors de la 5^e révision du plan d'intervention

Nom de l'intervenant de prise en charge _____

Numéro d'utilisateur : _____

Inscrire le chiffre correspondant à la situation où se trouve présentement l'enfant ? _____

Dans quel état de réalisation se trouve le projet de vie ?

† Actualisé (fin du programme)
† En voie d'actualisation

Lors de la 6^e révision du plan d'intervention

<p>Nom de l'intervenant de prise en charge _____</p> <p>Numéro d'utilisateur _____</p> <p>Inscrire le chiffre correspondant à la situation où se trouve présentement l'enfant ? _____</p> <p>Dans quel état de réalisation se trouve le projet de vie ?</p> <p>† Actualisé (fin du programme) † En voie d'actualisation † En difficulté</p>	<p>Si en difficulté, quelle en est la cause :</p> <p>† discontinuité des intervenants † manque de ressources † désistement des ressources † décision du tribunal non conforme à notre analyse et nos recommandations † autre _____</p> <p>Inscrire la date de la convocation de l'étude de cas ____/____/____</p>
---	---



Annexe 3 : Q-Sort des comportements maternels

Q-Sort des comportements maternels

Pederson et Moran (1990)

1.	La mère remarque les sourires et les vocalises du bébé.	
2.	La mère n'est pas consciente ou elle est insensible aux manifestations de détresse émises par le bébé.	
3.	La mère interprète selon ses propres désirs et ses états d'âme les signaux du bébé.	
4.	Les réponses sont tellement lentes à venir que le bébé ne peut pas faire le lien entre ce qu'il fait et la réponse de la mère.	
5.	La mère remarque lorsque le bébé est en détresse, pleure, chigne ou gémit.	
6.	Considérant les réponses du bébé, les comportements vigoureux et stimulants de la mère sont appropriés.	
7.	La mère répond seulement aux signaux fréquents, prolongés et intenses émis par le bébé.	
8.	Les réponses de la mère aux efforts de communication du bébé sont imprévisibles et incohérentes.	
9.	La mère répond de façon incohérente aux signaux du bébé.	Atypique : Les réponses sont imprévisibles et arbitraires.
10.	La mère «accueille ou salue» le bébé lorsqu'elle revient dans la pièce.	
11.	La mère est quelquefois consciente des signaux de détresse du bébé, mais elle les ignore ou encore elle n'y répond pas immédiatement.	
12.	D'après les réactions du bébé, la mère interprète correctement les signaux émis par ce dernier.	
13.	La mère est irritée par les demandes du bébé (notez les informations provenant de l'interview avec la mère à propos des demandes de soins qu'exige le bébé).	
14.	La mère réprimande le bébé.	
15.	La mère est consciente de la façon dont ses humeurs affectent le bébé.	
16.	La mère coupe souvent les activités appropriées du bébé.	Atypique : La mère reste à l'écart et permet au bébé de poursuivre ses activités sans interruption.
17.	La mère a peur de gêner le bébé, elle possède des valeurs rigides sur la façon de prendre soin du bébé («je dois faire ceci et pas cela», etc.).	
18.	La mère organise l'environnement en tenant compte de ses besoins et de ceux du bébé (considérez ici l'équilibre entre les besoins de chacun).	
19.	La mère perçoit les comportements négatifs du bébé comme des manifestations de rejet, elle le prend «personnellement».	
20.	La mère semble contrariée par les demandes d'attention et les signes de détresse du bébé.	
21.	La mère est fière du bébé.	
22.	Même lorsque la mère a des sentiments négatifs à l'égard du bébé, elle peut passer outre lorsqu'elle interagit avec lui.	
23.	La mère respecte le bébé à titre d'individu, c'est-à-dire qu'elle accepte que le bébé n'agisse pas selon son idéal.	
24.	La mère connaît bien son enfant; elle est une bonne source d'information	
25.	La mère idéalise le bébé. Elle ne reconnaît pas les défauts du bébé.	
26.	La mère est négative lorsqu'elle décrit le bébé.	
27.	La mère adopte une attitude abattue dans ses tâches maternelles.	

-
28. La mère taquine le bébé au-delà de ce que le bébé paraît apprécier.
-
29. Lors des interactions, la mère attend la réponse du bébé.
-
30. La mère joue à «cou-cou» et d'autres jeux semblables avec le bébé.
-
31. La mère fait l'effort d'emmener le bébé dans des activités extérieures comme le magasinage et la visite d'amis.
-
32. La mère donne des jouets qui correspondent à l'âge du bébé.
-
33. La mère crée un environnement stimulant autour du bébé.
-
34. La mère recherche les contacts face-à-face avec le bébé.
-
35. La mère montre du doigt et nomme les choses intéressantes dans l'environnement du bébé.
-
36. La mère adopte généralement une attitude positive à l'égard du bébé.
-
37. Les commentaires de la mère à propos du bébé sont généralement positifs.
-
38. La mère touche le bébé de façon affectueuse.
-
39. Quand la mère prend le bébé dans ses bras, elle le cajole souvent.
-
40. La mère fait des compliments au bébé.
-
41. La mère interagit sans émotions avec le bébé.
-
42. La mère est animée dans ses contacts avec le bébé.
-
43. La mère exprime son affection surtout en embrassant le bébé sur la tête.
-
44. Lors du changement de couche, la mère tient compte des activités du bébé.
-
45. Lors des repas, la mère encourage les initiatives du bébé.
-
46. Lors des repas, la mère signale ses intentions et attend une réponse du bébé.
-
47. Lors des repas, la mère tient compte des activités du bébé.
-
48. La mère donne des collations et des repas nutritifs au bébé.
-
49. L'environnement du bébé est sécuritaire.
-
50. La mère intervient de façon appropriée lorsque le bébé peut se salir ou mettre le désordre.
-
51. La mère est embarrassée lorsque le bébé se salit pendant qu'il se nourrit et parfois cela devient nuisible à l'alimentation.
-
52. La mère n'interrompt pas toujours les activités du bébé qui pourraient être dangereuses.
-
53. Les interactions avec le bébé se terminent bien, l'interaction se termine lorsqu'il est satisfait (considérez également la fin d'une interaction agréable pour le bébé).
-
54. Les interactions se déroulent en accord avec la cadence et l'état du bébé.
-
55. La mère tente souvent la stratégie «essai-erreur» lorsqu'elle cherche une façon de satisfaire les besoins du bébé.
-
56. La mère est très préoccupée de l'apparence et de bien habiller le bébé en tout temps.
-
57. La mère accable le bébé de stimulations constantes et déphasées.
-
58. La mère est consciente des changements d'humeur du bébé.
-
59. En interaction avec le bébé, la mère est rude et intrusive.
-
60. Lorsque le bébé éprouve de l'inconfort, la mère trouve rapidement et correctement la source du problème.
-
61. La mère semble porter attention au bébé même lorsqu'il est dans une autre pièce.
-
62. La mère est préoccupée par une entrevue, elle semble ignorer le bébé.
-

-
63. La mère supervise le bébé et répond à ses besoins même lorsqu'elle est occupée à d'autres activités comme la cuisine ou la conversation avec un visiteur.
-
64. La mère répond immédiatement aux cris et aux plaintes du bébé.
-
65. La mère est malhabile dans la répartition de son attention pour le bébé et d'autres tâches; elle manque ainsi certains signaux du bébé.
-
66. La mère organise ses déplacements de manière à percevoir les signaux du bébé.
-
67. Lorsque la mère est dans la même pièce que le bébé, elle est accessible sans restriction.
-
68. La mère paraît souvent «dans les nuages» et ne remarque pas les demandes d'attention ou d'inconfort du bébé.
-
69. La mère semble dépassée, dépressive.
-
70. La mère ignore souvent (ne répond pas) les signaux positifs et affectueux du bébé.
-
71. Quand le bébé est de mauvaise humeur, la mère le place souvent dans une autre pièce de manière à ne plus être dérangée.
-
72. À première vue, la maisonnée ne semble pas indiquer la présence d'un enfant.
-
73. Le contenu et la cadence des interactions avec le bébé semblent déterminées par la mère plutôt que par les réponses du bébé.
-
74. Pendant les interactions face-à-face, la mère manque souvent les signaux du bébé indiquant «doucement» ou «arrête».
-
75. La mère tente d'intéresser le bébé à des jeux ou des activités qui dépassent nettement les capacités du bébé.
-
76. La mère peut interrompre une interaction en cours pour parler à un visiteur ou pour entreprendre une autre activité qui lui traverse l'esprit.
-
77. La mère installe souvent le bébé devant la télévision afin de le divertir.
-
78. Les siestes sont organisées selon les besoins de la mère plutôt que selon les besoins immédiats du bébé : «Quand c'est le temps de la sieste, je le couche qu'il soit fatigué ou non (suite à l'entrevue).
-
79. La mère répète des mots lentement au bébé, elle nomme fréquemment des objets ou des activités comme si elle désirait les lui enseigner.
-
80. La mère parle très rarement directement au bébé.
-
81. La mère utilise souvent le parc pour le bébé de façon à ce qu'elle puisse assumer ses autres tâches domestiques.
-
82. La mère se sent à l'aise de laisser le bébé aux soins d'une gardienne durant la soirée.
-
83. La mère sort de la pièce où se trouve le bébé sans aucune forme «d'explication» ou de « signal » comme «je serai de retour bientôt...».
-
84. La mère semble souvent traiter le bébé comme un objet inanimé lorsqu'elle le déplace ou ajuste sa posture.
-
85. La mère est très réticente à laisser le bébé à qui que ce soit, sauf au conjoint ou à des proches.
-
86. La mère encourage les interactions du bébé avec les visiteurs. Elle peut les inviter à prendre le bébé ou elle peut le «présenter» aux visiteurs comme «Regarde qui est là!»
-
87. La mère semble bizarre ou mal à l'aise lorsqu'elle interagit face-à-face avec le bébé.
-
88. La mère semble souvent oublier la présence du bébé lorsqu'elle est en action avec un visiteur.
-
89. La mère est très attentive lorsque les couches sont souillées; elle semble les changer aussitôt que cela est nécessaire.
-
90. La mère met souvent les jouets et autres objets à la portée du bébé de façon à attirer son attention.
-



Annexe 4 : Q-Set sur le comportement d'attachement

Q-Set sur le comportement d'attachement

Waters (1997)

1.	Partage facilement avec moi ou me laisse tenir des objets si je lui demande.	Atypique : refuse
2.	Lorsqu'il revient près de moi après avoir joué, il est parfois maussade (grognon) sans raison apparente.	Atypique : il est joyeux et affectueux lorsqu'il revient près de moi, entre ou après ses périodes de jeu.
3.	Lorsqu'il est bouleversé ou blessé, il acceptera d'être réconforté par des adultes autres que moi.	Atypique : je suis la seule personne par qui il accepte de se faire réconforter.
4.	Est soigneux et doux avec les jouets et les animaux domestiques.	
5.	Est plus intéressé par les gens que par les objets.	Atypique : plus intéressé par les objets que par les gens.
6.	S'il est près de moi et qu'il voit quelque chose avec lequel il veut jouer, il devient accapant ou essaie de m'amener vers l'objet.	Atypique : va de lui-même vers l'objet qu'il désire avec entrain ou sans essayer de m'amener vers cet objet.
7.	Rit et sourit facilement à plusieurs personnes différentes.	Atypique : je peux l'amener à rire ou à sourire plus facilement que toute autre personne.
8.	Lorsqu'il pleure, il pleure fort.	Atypique : pleure, sanglote, mais ne pleure pas fort ou si cela lui arrive, ça ne dure jamais longtemps.
9.	Est de bonne humeur et enjoué la plupart du temps.	Atypique : a tendance à être sérieux, triste ou ennuyé la majorité du temps.
10.	Pleure ou résiste souvent quand je l'amène au lit pour sa sieste ou au moment du coucher.	
11.	Souvent me serre ou se blottit contre moi sans que je lui ai demandé ou que je l'aie invité à le faire.	Atypique : ne me serre pas ou ne m'étreint pas souvent sauf si je l'étreins la première ou que je lui demande de me faire une caresse.
12.	Va rapidement vers les personnes ou utilise les objets qui initialement le gênent ou l'apeurent.	Neutre : s'il n'est jamais gêné ou effrayé.
13.	Lorsqu'il est bouleversé par mon départ, il continue de pleurer ou se fâche après que je sois parti.	Atypique : arrête de pleurer juste après mon départ. Neutre : s'il n'est pas bouleversé par mon départ.
14.	S'il découvre quelque chose de nouveau pour jouer, il me l'apporte ou me le montre à travers la pièce.	Atypique : joue calmement avec le nouvel objet ou va dans un endroit où il pourra jouer avec, sans être interrompu.
15.	Accepte de parler à de nouvelles personnes, de leur montrer des jouets ou de leur montrer ce qu'il est capable de faire si je lui demande.	
16.	Préfère les jouets qui peuvent représenter des êtres vivants (poupées, animaux en peluche, etc.).	Atypique : préfère les ballons, les blocs, les casseroles, etc.
17.	Perd rapidement son intérêt pour les adultes nouveaux s'ils font quelque chose qui l'ennuie.	
18.	Agit facilement selon mes suggestions, même lorsqu'elles sont clairement des suggestions et non des ordres.	Atypique : ignore ou refuse mes suggestions sauf si je lui ordonne.
19.	Quand je lui demande de m'apporter ou de me donner quelque chose, il obéit. (Ne pas tenir compte des refus qui font partie d'un jeu à moins que cela ne devienne clairement de la désobéissance).	Atypique : je dois prendre moi-même l'objet ou élever la voix pour l'obtenir.

20.	Réagit peu à la plupart des coups, des chutes et des sursauts.	Atypique : pleure suite aux coups, chutes ou sursauts mineurs.
21.	Surveille mes déplacements quand il joue dans la maison; m'appelle de temps en temps; remarque mes déplacements d'une pièce à l'autre; remarque si je change d'activités.	Atypique : ne se tient pas au courant. Neutre : s'il n'est pas autorisé ou s'il n'a pas d'endroit où il peut jouer loin de moi.
22.	Agit comme un parent affectueux envers ses poupées, les animaux domestiques ou les jeunes enfants.	Atypique : joue avec eux d'une autre manière. Neutre : s'il ne joue pas ou qu'il ne possède pas de poupées, d'animaux domestiques ou qu'il n'a pas de jeunes enfants dans son entourage.
23.	Quand je suis assis avec les autres membres de la famille ou que je suis affectueux avec eux, il essaie d'obtenir mon affection pour lui seul.	Atypique : me laisse être affectueux avec les autres. Peut participer, mais pas d'une manière jalouse.
24.	Lorsque je lui parle fermement ou que j'élève la voix, il devient bouleversé, désolé ou honteux de m'avoir déplu.	Ne pas coter typique s'il est simplement bouleversé par le ton de la voix ou qu'il a peur d'être puni.
25.	Il est difficile pour moi de savoir où il est lorsqu'il joue hors de ma vue.	Atypique ; parle et m'appelle lorsqu'il est hors de ma vue; facile à trouver; facile de savoir avec quoi il joue. Neutre : s'il ne joue jamais hors de ma vue.
26.	Pleure lorsque je le laisse à la maison avec une gardienne, son autre parent ou l'un de ses grands-parents.	Atypique : ne pleure pas s'il est avec une de des personnes.
27.	Rit lorsque je le taquine.	Atypique : contrarié lorsque je le taquine Neutre : si je le taquine jamais durant les jeux ou les conversations.
28.	Aime relaxer assis sur mes genoux.	Atypique : préfère relaxer sur le plancher ou sur une chaise, lit, sofa, etc.
29.	Par moment, il est tellement concentré à quelque chose qu'il ne semble pas entendre lorsque quelqu'un lui parle.	Atypique : même s'il est très impliqué dans un jeu, il prête attention lorsque quelqu'un lui parle.
30.	Se fâche facilement contre les jouets.	
31.	Veut être le centre de mon attention. Si je suis occupé ou que je parle à quelqu'un, il m'interrompt.	Atypique : ne remarque pas ou n'est pas préoccupé d'être mon centre d'attention.
32.	Quand je lui dit «non» ou que je le punis, il cesse de se comporter mal (au moins à ce moment-là). Je n'ai pas à lui dire deux fois.	
33.	Quelquefois, il me signale (ou me donne l'impression) qu'il veut être posé par terre. Lorsque je le pose, il devient aussitôt maussade et veut être repris de nouveau.	Atypique : toujours prêt à aller jouer au moment où il me signale de le poser par terre.
34.	Quand il est bouleversé lorsque je le quitte, il s'assoit à l'endroit où il est et il pleure. Ne me suit pas.	Atypique : me suit activement quand il est bouleversé. Neutre : s'il n'est jamais bouleversé quand je le quitte.
35.	Est indépendant avec moi. Préfère jouer seul : me quitte facilement quand il veut jouer.	Atypique : préfère jouer avec ou près de moi. Neutre : s'il n'est pas autorisé ou qu'il n'a pas de pièces où il peut jouer loin de moi.
36.	Montre clairement qu'il m'utilise comme point de départ de ses explorations; s'éloigne pour jouer, revient ou joue près de moi, s'éloigne pour jouer encore, etc.	Atypique : toujours loin jusqu'à ce que je le ramène ou demeure près de moi.
37.	Est très actif. Bouge toujours. Préfère les jeux actifs aux jeux calmes.	
38.	Est exigeant et impatient envers moi. S'obstine et persiste sauf si je fais immédiatement ce qu'il veut.	
39.	Est souvent sérieux et méthodique lorsqu'il joue loin de moi ou quand il est seul avec ses jouets.	Atypique : exprime souvent du plaisir ou rit quand il joue loin de moi, seul ou avec ses jouets

40.	Examine les nouveaux objets ou jouets dans les moindres détails. Essaie de les utiliser de différentes manières ou de les démonter.	Atypique : jette un coup d'œil rapide aux nouveaux objets ou jouets (cependant il peut s'y intéresser plus tard).
41.	Lorsque je lui demande de me suivre, il le fait.	Ne pas tenir compte des refus ou délais qui font partie du jeu, sauf s'ils deviennent clairement de la désobéissance.
42.	Reconnaît ma détresse (lorsque je suis bouleversé) ; devient calme ou bouleversé, essaie de me reconforter, demande ce qui ne va pas, etc.	Atypique : ne reconnaît pas ma détresse; continue à jouer; agit envers moi comme si je n'étais pas bouleversé.
43.	Demeure ou revient près de moi, plus souvent que le requiert le simple fait de rester en contact avec moi.	Atypique : ne se tient pas au courant de façon précise de ma localisation ou des activités.
44.	Me demande et prend plaisir quand je le prends, l'embrasse et le caresse.	Atypique : n'est pas spécialement enthousiaste pour ces démonstrations d'affection. Les tolère mais ne les recherche pas ou se tortille pour être posé par terre.
45.	Aime danser ou chanter au son de la musique.	Atypique : est indifférent à la musique ou n'aime pas mais ne déteste pas la musique.
46.	Marche et court sans se cogner, tomber ou trébucher.	Atypique : coups, chutes, ou faux pas se produisent tout au long de la journée (même si aucune blessure n'en résulte).
47.	Acceptera et prendra plaisir aux bruits forts ou sautillera près de la source du bruit en jouant si je lui souris et que je lui montre que c'est supposé être plaisant.	Atypique : devient bouleversé même si je lui signale que le bruit ou l'activité est sécuritaire ou plaisante.
48.	Permet facilement aux nouveaux adultes de tenir les objets qu'il a et les partage avec eux s'ils lui demandent.	
49.	Court vers moi avec un sourire gêné quand de nouvelles personnes nous visitent à la maison.	Atypique : même s'il sera éventuellement chaleureux envers les visiteurs, sa réaction initiale est de courir vers moi en pleurnichant ou en pleurant. Neutre : s'il ne court pas vers moi quand des visiteurs arrivent.
50.	Sa réaction initiale quand des gens nous visitent à la maison est de les ignorer ou de les éviter, même s'il deviendra éventuellement chaleureux avec eux.	
51.	Aime grimper sur les visiteurs quand il joue avec eux.	Atypique : ne recherche pas un contact intime avec les visiteurs quand il joue avec eux. Neutre : s'il ne joue pas avec les visiteurs.
52.	A de la difficulté à manipuler de petits objets ou à assembler de petites choses.	Neutre : très habile avec de petits objets, crayons, etc.
53.	Met ses bras autour de moi ou me met la main sur l'épaule quand je le prends.	Atypique : accepte d'être pris dans mes bras, mais ne m'aide pas particulièrement ou ne se tient pas après moi.
54.	Agit comme s'il s'attendait à ce que j'empiète sur ses activités quand j'essaie simplement de l'aider avec quelque chose.	Atypique : accepte facilement mon aide sauf si j'interviens dans une situation où mon aide n'est pas nécessaire.
55.	Imite un certain nombre de comportements ou de manières de faire les choses en observant mon comportement.	Atypique : n'imité visiblement pas mon comportement.
56.	Devient mal à l'aise ou perd de l'intérêt quand il semble qu'une activité pourrait être difficile.	Atypique : pense qu'il peut faire des tâches difficiles.
57.	Est aventureux (sans peur).	Atypique : est prudent ou craintif.
58.	En général, ignore les adultes qui nous visitent à la maison. Trouve ses activités plus intéressantes.	Atypique : trouve les visiteurs très intéressants même s'il est un peu gêné au début.
59.	Quand il termine une activité ou un jeu, il trouve généralement autre chose à faire, sans revenir vers moi entre ses activités.	Atypique : quand il termine une activité ou un jeu, il revient vers moi pour jouer, pour chercher de l'affection ou pour chercher de l'aide afin de trouver une autre chose à faire.

60.	Si je le rassure en lui disant «c'est correct» ou «cela ne te fera pas mal», il approchera ou jouera avec des choses qui initialement l'avaient rendu craintif ou l'avaient effrayé.	Neutre : s'il n'est jamais craintif ou effrayé.
61.	Joue brutalement avec moi. Frappe, égratigne ou mord durant les jeux physiques. (Ne signifie pas qu'il veuille me blesser).	Atypique : joue à des jeux physiques sans me faire mal. Neutre : si ses jeux ne sont jamais très physiques.
62.	S'il est de bonne humeur, il le demeure toute la journée.	Atypique : sa bonne humeur est très changeante.
63.	Même avant d'essayer des choses par lui-même, il essaie d'avoir quelqu'un pour l'aider.	
64.	Aime grimper sur moi quand nous jouons.	Atypique : ne veut pas spécialement plusieurs contacts intimes avec moi quand nous jouons.
65.	Est facilement bouleversé quand je le fais passer d'une activité à une autre, même si la nouvelle activité est quelque chose qu'il aime souvent faire.	
66.	Développe facilement de l'affection pour les adultes qui nous visitent à la maison et qui sont amicaux envers lui.	Atypique : ne développe pas facilement de l'affection pour de nouveaux adultes.
67.	Lorsque notre famille a des visiteurs, il désire que ceux-ci lui portent beaucoup d'attention.	
68.	Généralement, il est une personne plus active que moi.	Atypique : généralement, il est une personne moins active que moi.
69.	Me demande rarement de l'aide.	Atypique : me demande souvent de l'aide. Neutre : s'il est trop jeune pour me demander de l'aide.
70.	Me salue rapidement avec un grand sourire lorsqu'il entre dans la pièce où je suis. (Me montre un jouet, me fait signe ou me dit «bonjour papa».	Atypique : ne me salue pas, sauf si je le salue en premier.
71.	Après avoir été effrayé ou bouleversé, il cesse de pleurer et s'en remet rapidement si je le prends dans mes bras.	Atypique : n'est pas facilement réconforté ou consolé.
72.	Si des visiteurs rient et approuvent ce qu'il fait, il recommence maintes et maintes fois.	Atypique : les réactions des visiteurs ne l'influencent pas de cette manière.
73.	A un jouet qu'il caresse ou une couverture qui le rassure (doudou), qu'il apporte partout, qu'il amène au lit ou qu'il tient quand il est bouleversé. (Cela n'inclut pas sa bouteille de lait ou sa suce s'il a moins de deux ans).	
74.	Quand je ne fais pas ce qu'il veut immédiatement, il se comporte comme si je n'allais pas le faire (pleurniche, se fâche, fait d'autres activités, etc.).	Atypique : attend un délai raisonnable comme s'il s'attendait à ce que je fasse bientôt ce qu'il m'avait demandé.
75.	À la maison, il devient bouleversé ou pleure quand je sors de la pièce où nous étions. (Peut ou non me suivre).	Atypique : remarque mon départ ; peut me suivre mais ne devient pas bouleversé.
76.	S'il a le choix, il jouera avec des jouets plutôt qu'avec des adultes.	Atypique : jouera avec des adultes plutôt qu'avec des jouets.
77.	Lorsque je lui demande de faire quelque chose, il comprend rapidement ce que je veux. (Peut obéir ou non).	Atypique : quelques fois incertain, perplexe ou lent à comprendre ce que je veux. Neutre : s'il est trop jeune pour comprendre.
78.	Aime être étreint et tenu par des personnes autres que nous et /ou ses grands-parents.	
79.	Se fâche facilement contre moi.	Atypique : ne se fâche pas contre moi sauf si je suis vraiment intrusif ou qu'il est fatigué.
80.	Considère mes expressions faciales comme étant une bonne source d'information quand quelque chose semble risqué ou menaçant.	Atypique : évalue par lui-même la situation sans surveiller d'abord mes expressions faciales.
81.	Pleurer est une façon pour lui d'obtenir que je fasse ce qu'il veut.	Atypique : pleure surtout à cause d'un véritable inconfort (fatigue, tristesse ou peur).

82.	Passe la plupart de ses temps de jeu avec seulement quelques jouets préférés ou pratique ses activités favorites durant ces moments.	
83.	Lorsqu'il s'ennuie, il vient vers moi, cherchant quelque chose à faire.	Atypique : flâne ou ne fait rien pendant un certain temps jusqu'à ce que quelque chose arrive.
84.	Fait au moins un certain effort pour être propre et soigné à la maison.	Atypique : souvent se tache et renverse des choses sur lui ou sur le plancher.
85.	Est fortement attiré par les nouvelles activités et les nouveaux jouets.	Atypique : ne délaissera pas ses jouets et activités familiers pour de nouvelles choses.
86.	Essaie de m'amener à l'imiter ou remarque rapidement et prend plaisir quand je l'imites de ma propre initiative.	
87.	Si je ris ou approuve quelque chose qu'il fait, il recommence maintes et maintes fois.	Atypique : n'est pas particulièrement influencé de cette manière par mes réactions.
88.	Lorsque quelque chose le bouleverse, il reste où il est et pleure.	Atypique : vient vers moi quand il pleure. N'attend pas que je vienne vers lui.
89.	Ses expressions faciales sont claires et marquées quand il joue avec quelque chose.	
90.	Si je m'éloigne très loin de lui, il me suit et continue son jeu dans ce nouvel endroit où je suis. (N'a pas à être sollicité ou amené dans l'autre pièce. N'arrête pas de jouer ou ne devient pas bouleversé).	Neutre : s'il n'est pas autorisé ou s'il n'a pas de pièces où il soit vraiment loin de moi.



Annexe 5 : Lettres types



Lettres types

Dans le cadre des activités du comité enfance abandonnée du bureau de l'Est dans les années 1992 à 1995, un projet intitulé : « Un projet de vie, une affaire de cœur entre toi et moi » a pris naissance. À travers une réflexion sur l'importance de mobiliser les parents dans l'élaboration d'un projet de vie pour leur enfant est venue l'idée de produire des lettres types pouvant faciliter la communication dans l'éventualité d'un projet d'adoption : lettre à un parent de son intervenant social, lettre d'un enfant à son parent, lettre d'un parent à son enfant et lettre d'un intervenant à un grand-parent.

Contribution à l'élaboration des lettres

Mme Odette Bonin-Laviolette
Mme Patricia Bouvrette
Mme Marie-Josée Dugas
Mme Collette Lavallée
Mme Louise Papineau-Marois
Mme Jocelyne Paquette
Mme Murielle Petitclerc
Mme Claudette Pineault
M. Jacques Simard

Objectifs cliniques

Les principaux objectifs cliniques sont :

1. Amorcer une réflexion avec les parents face au projet de vie de l'enfant.
2. Sensibiliser les parents aux besoins et/ou au vécu de l'enfant.
3. Démontrer aux parents l'importance pour l'enfant de lui assurer un projet de vie stable, et ce, le plus rapidement possible.
4. Permettre aux parents d'exprimer leurs peurs et leurs émotions face au projet de vie de leur enfant.
5. Déculpabiliser les parents face à leurs incapacités d'assumer leurs responsabilités parentales et /ou face à leurs limites personnelles.
6. Amener les parents à prendre conscience qu'il y a plusieurs façons d'aimer un enfant.

Guide d'utilisation

Ces lettres type se veulent un outil clinique très souple que l'intervenant pourra adapter selon les particularités du vécu de chaque usager. Ces 4 lettres peuvent être utilisées intégralement pour amorcer une réflexion avec les personnes concernées. Il est aussi possible de personnaliser ces lettres en remplaçant les il, elle, fils, fille, petit-fils, ou autres par le nom des personnes ou enlever certaines phrases du texte pour les adapter à la situation. Ces lettres peuvent aussi être proposées comme modèle à un usager qui désire lui-même écrire sa lettre.

- Dans la première lettre, l'intervenant s'adresse au parent afin de le sensibiliser aux besoins de son enfant et de le déculpabiliser face au placement de ce dernier.
- Dans la deuxième lettre, l'enfant exprime son vécu et ses attentes.
- Dans la troisième lettre, le parent décrit la démarche qui l'amène à prendre une décision face au projet de vie de son enfant.



- Dans la quatrième lettre, l'intervenant invite les grands-parents à venir discuter du projet de vie de leur petit-fils/petite-fille.

Avant d'utiliser cet outil de travail, certaines règles de base devraient être respectées pour mieux actualiser les objectifs cliniques :

1. L'intervenant doit posséder une bonne connaissance de la situation du parent ou du grand-parent de l'enfant.
2. L'intervenant doit avoir créé une relation de confiance entre lui et les usagers.
3. L'intervenant doit favoriser l'expression des sentiments et supporter les parents à ce niveau.
4. L'intervenant doit déculpabiliser l'usager, l'aider à dédramatiser sa situation et l'amener à développer une meilleure estime de lui-même.

L'empathie, le support et le renforcement positif devront être priorités dans cette intervention.



Lettre d'un intervenant à un parent

Je prends quelques minutes de votre temps pour vous dire que je comprends vos préoccupations actuelles concernant le projet de vie de votre enfant.

Comme parent, vous savez que vous avez le devoir d'élever votre enfant. Vous essayez depuis des semaines, des mois de vous convaincre que tout ira bien, mais vous réalisez, avec le temps, le poids des responsabilités que représentent son éducation. Vous prenez également conscience que ses besoins grandissent avec lui. Vous avez peur pour lui, pour vous, pour votre avenir.

Ce qui est le plus difficile dans tout cela, c'est de reconnaître que votre situation ne vous permet pas d'assumer vos responsabilités. Vous ne pouvez pas oublier non plus que votre enfant a besoin « maintenant » de savoir qui sera sa famille. Il grandit vite et le temps passe très rapidement. Pour bien grandir, il a besoin de stabilité, de sécurité et d'amour que seuls des liens significatifs avec une famille permanente pourront lui assurer. Ce n'est pas si facile pour un enfant d'aimer deux familles à la fois, car en démontrant son amour à l'une d'elle, il craint de trahir l'autre.

Votre enfant est arrivé dans votre vie par surprise. Être parent devrait avant tout être une question de choix. Vous désirez donner à cet enfant le meilleur de la vie. Vous tentez aussi de trouver une façon de vivre où tous les deux vous pourrez vous épanouir. Ce qui complique votre réflexion, ce sont les pressions que vous recevez de votre famille, de vos amis. Vous craignez les jugements, les critiques et les reproches de votre entourage. N'oubliez pas que la décision à prendre ne concerne que vous et votre enfant.

Je sais à quel point cet enfant a beaucoup d'importance pour vous. Je sais également que ce serait plus facile pour vous de laisser la situation telle qu'elle est maintenant et de ne pas prendre de décision. Vous lui avez déjà fait le cadeau de lui donner la vie. Maintenant, il a besoin de savoir qui sera sa famille pour bien grandir. Je sais que vous ferez le meilleur choix pour lui et pour vous.

Avez-vous pensé qu'il y a différentes façons d'aimer son enfant ? L'adoption n'est pas comme bien des gens le pensent un acte de lâcheté. Au contraire, ça prend beaucoup de courage. L'adoption, c'est une autre façon de lui prouver votre amour. En confiant votre enfant à une famille d'adoption, vous lui permettez de grandir dans la famille que vous rêviez de lui donner. L'adoption, c'est avant tout une affaire de cœur entre vous et lui.

Nom de l'intervenant



Lettre d'un parent à son enfant

J'ai beaucoup pensé à toi depuis que j'ai reçu ta lettre et je tenterai de répondre le plus simplement possible à tes questions. D'abord, tu es arrivé(e) dans ma vie à un moment où mes problèmes personnels prenaient toute la place. Je me rappelle des sentiments contradictoires que j'ai vécus avant et après ta naissance. Pour me rassurer, j'imaginai que tous mes problèmes se régleraient à ton arrivée.

Je me rappelle de ta naissance et des premiers moments passés ensemble. Je n'oublierai jamais le jour où tu as été placé(e) car j'ai pleuré après ton départ. Ça n'a pas été facile pour moi de me séparer de toi, mais j'étais soulagé(e) de te savoir dans une bonne famille. Ça n'a pas été facile pour moi de reconnaître que je n'étais pas capable de m'occuper de toi.

Les semaines se sont succédées et je me sentais de plus en plus mêlé(e). Malgré moi, j'en voulais à la famille qui te gardait car eux avait la chance de te voir grandir chaque jour. Le temps a passé vite et chaque fois que j'allais te visiter, j'étais à la fois content(e) et triste de te voir. Après chaque visite, je ressentais beaucoup de chagrin dans mon cœur. Malheureusement, mes problèmes devenaient de plus en plus gros. Je ne voyais pas le moment où je pourrais te reprendre avec moi. Je te sentais heureux(se) dans ta nouvelle famille. Je réalisais avec le temps que cette famille devenait chaque jour davantage tes vrais parents. J'avais peur de te perdre à tout jamais et il m'arrivait de penser te reprendre avec moi malgré mes difficultés.

Je me souviens du temps où j'étais un enfant et des moments où j'avais besoin d'être rassuré(e) quand j'avais peur, d'être consolé(e) quand j'avais de la peine. J'avais également besoin de beaucoup d'attention et d'affection pour me sentir bien. Je me demandais souvent si un jour je pourrais t'apporter tout cela. Malgré le fait que je t'aime et que tu occupes une place importante dans mon cœur, je réalise de plus en plus que je ne pourrai pas être ta maman (ton papa) de tous les jours.

Ne pense pas que c'est facile pour moi de te dire tout ça. J'ai longuement réfléchi à ton bonheur et ton avenir. J'ai fini par me convaincre que tu as droit à une vraie famille qui t'aime et qui prend bien soin de toi tous les jours. Tu sais, certaines personnes autour de moi ne comprennent pas ma décision et me blâment de penser à te faire adopter. Beaucoup de gens croient encore qu'il vaut mieux délaissier et négliger ou encore maltraiter un enfant que de le faire adopter.

Moi, avec le temps, je me suis laissé(e) apprivoiser par l'idée de te faire adopter. Aujourd'hui, l'adoption est pour moi la plus belle preuve d'amour que je peux te donner. Je t'ai donné la vie une fois, je peux bien me permettre de te la donner une seconde fois...

Je t'aime suffisamment pour te permettre d'être heureux(se) loin de moi dans une autre famille. Ça m'a beaucoup demandé de courage, d'amour et de générosité pour arriver à prendre cette décision. Je t'offre le plus beau des cadeaux qu'un enfant est en droit de recevoir, celui d'avoir une famille bien à lui.

De ta maman (papa) qui t'aimera toujours



Lettre d'un enfant à son parent

Je t'écris car je me sens tout mélangé(e) et j'ai des choses importantes à te dire.

Je pense que je suis arrivé(e) dans ta vie par surprise et que tu ne me voulais pas vraiment. Souvent je pense que tu m'as placé(e) car j'étais trop tannant(e) ou que je pleurais trop ou que je n'étais pas assez bon(ne) à l'école. Ça faisait des problèmes de plus dans ta vie. Je ne sais pas vraiment pourquoi je ne vis plus avec toi, mais j'aimerais savoir qui sera ma vraie famille.

Quand tu viens me voir dans ma nouvelle famille, je suis content(e), mais j'ai peur que tu m'amènes avec toi et de ne plus revoir ma famille. Tu sais, même si je sais que tu es ma vraie maman (mon vrai papa), j'aime aussi beaucoup la famille où je vis. J'aime aussi beaucoup ma chambre, mes amis et mon école. Des fois, je pleure le soir car je m'ennuie de toi. Moi, je suis content(e) d'avoir une autre maman et un autre papa, mais toi tu ne sembles pas toujours content(e). J'ai peur que tu sois fâché(e) parce que je les aime.

Ce qui me rend triste, c'est quand mes amis me demandent pourquoi je ne porte pas le même nom que la famille où je vis. Je ne sais pas quoi leur dire. Ce serait tellement plus facile pour moi d'avoir le même nom qu'eux. On ne m'ennuierait plus avec ça. J'aimerais me sentir comme tout le monde et avoir une vraie famille à moi.

Je sais que c'est difficile pour toi de prendre une décision. Je sais aussi que tu m'aimes beaucoup et que tu veux que je sois heureux(se). Moi, ce que j'aimerais le plus au monde, c'est d'avoir des parents, un frère ou une sœur, une maison, une école à moi pour toujours. Ce serait le plus beau cadeau que tu me ferais.

Réponds-moi vite, j'ai hâte de savoir si tu veux. Tu sais, je grandis vite et ça fait longtemps que j'attends.

De ton enfant qui ne t'oubliera pas



Lettre d'un intervenant à un grand-parent

Madame,

Monsieur,

Comme vous le savez, je suis impliqué depuis un certain temps auprès de votre petit-fils/petite-fille et de ses parents. Je connais également votre attachement et vos préoccupations concernant cet enfant. Vous aviez fait pour lui (elle) et ses parents des rêves pour leur avenir.

Selon l'évolution de la situation des parents, votre rêve renaît ou encore s'évanouit selon l'enchaînement des événements. Je sais à quel point vous souffrez de cette situation dont vous n'êtes pas responsable. Je perçois également le sentiment d'impuissance qui vous habite.

Vous auriez aimé que votre petit-fils/petite-fille grandisse dans sa « vraie » famille. Vous auriez aimé que sa mère et son père puissent bien s'en occuper. Vous auriez aimé que cet enfant reçoive de ses parents tout l'amour dont il est en droit de recevoir pour bien grandir.

Je perçois chez vous tout l'amour que vous avez pour cet enfant et en même temps toutes vos préoccupations au sujet de son avenir. Avec toute votre expérience de la vie, vous savez qu'un enfant a besoin de beaucoup de stabilité et d'amour pour bien grandir.

Vous êtes sûrement à la fois rassuré(e) et déchiré(e) de voir votre petit-fils/petite-fille s'attacher de plus en plus à une autre famille. Vous réalisez avec le temps que ces parents d'accueil deviennent à ses yeux ses « vrais » parents. Vous constatez également que ces parents d'accueil répondent bien à tous ses besoins et l'aiment vraiment.

Je crois qu'il est temps de discuter ensemble de l'avenir de cet enfant. Votre petit-fils/petite-fille que vous aimez tant a besoin d'un projet de vie à long terme pour bien grandir. Pour la réalisation de ce projet de vie et dans le meilleur intérêt de votre petit-fils/petite-fille, votre participation à ce projet est d'une importance capitale.

Rappelez-vous que votre plus grand désir pour cet enfant, c'est son bonheur. Il y a bien des façons d'aimer un enfant et votre collaboration à ce projet de vie sera sûrement la plus grande preuve d'amour que vous pourrez lui témoigner.

Nom de l'intervenant



Annexe 6 : Livre de vie



Livre de vie

Informations à l'intention des intervenants

Mon livre de vie, mon histoire à moi peut être utilisé pour des enfants de tout âge. Il peut facilement devenir un outil thérapeutique.

C'est un médium flexible qui peut être adapté à la situation de chaque enfant. Des pages ont été prévues pour permettre de consigner le passage de l'enfant dans plusieurs milieux de vie tels que famille d'accueil spécifique, autre famille d'accueil, centre de réadaptation.

Il est important que l'intervenant(e) soit soucieux, dès le début de ses interventions, d'amasser le plus d'informations possibles, d'être clair et précis. Pour ce, il est nécessaire de poser des questions aux parents et aux membres de la famille élargie sur leur histoire familiale. Par ailleurs, il faut être attentif à consigner des éléments positifs sur les parents. Il s'agit peut-être du seul recueil d'informations que l'enfant conservera sur sa famille biologique. C'est important pour l'enfant et même pour l'adulte qu'il deviendra d'avoir autre chose que des points négatifs comme souvenir de ses parents.

Le livre de vie de l'enfant peut être enrichi par les familles d'accueils qui ont un rôle stratégique dans la consignation des événements de vie et des souvenirs (photographies, dessins, poèmes ou autres).

Par ailleurs, ce livre peut servir d'instrument pour présenter des éléments de vie de l'enfant à la famille d'accueil lors de son intégration, ce qui rend le processus plus humanisant, notamment en raisons des images qui témoignent du passé de l'enfant et lui procure un point d'ancrage dans la réalité.

Mon livre de vie, mon histoire à moi a été produit par :

Anne Jalbert, secrétaire

Josée Waddell, intervenante sociale

Certains extraits sont tirés :

Mon Livre de vie par Patricia Bouvrette

Du recueil des antécédents socio-biologiques des Centres jeunesse de Montréal



Index

- abandon,3, 5, 17, 34, 62, 64, 89
adoptabilité de l'enfant,64
adoption,8, 34, 37, 63, 64, 68, 69, 73, 82, 85, 90, 99, 103, 121, 123, 125
affirmation de soi,56, 78
agence,6, 7, 82
Ainsworth,5, 39, 40, 42
alcoolisme,42
alliance thérapeutique,9
altération du jugement,8
ancrage,74, 75, 133
ancrage émotionnel,74
angoisse,61
Anisfeld,49
antisociaux,6
article 38 a,81
asociaux,6
assignation,12, 18, 20
ateliers de stimulation précoce,48, 58
attachement
 attachement ambivalent ou résistant,41
 attachement désorganisé ou désorienté,42
 attachement évitant,41
 attachement sécurisant,5, 13, 41, 49, 64
 clinique d'attachement,39, 46
 découvertes sur l'attachement,7
 faculté d'attachement,5, 6, 39, 40, 42
 figure d'attachement,5, 6, 33, 40, 46
 figure d'attachement primaire,5
 indicateurs de troubles de l'attachement,43
 lien d'attachement,1, 5, 7, 11, 13, 39, 43, 44, 46, 47, 48, 51, 63, 64, 67, 74, 82
 processus d'attachement,8
 théorie de l'attachement,5, 30, 40
 troubles de l'attachement,5, 6, 12, 13, 39, 42, 50, 52, 83
 types d'attachement,39, 40, 42
attentes affectives,51
autonomie,78, 91
balises cliniques,77
banque mixte,35, 63, 68, 82, 99, 103, 104
Berger,71, 72, 74, 75, 76, 85
bilan,13, 20, 21, 102
blessures narcissiques,76
Bowlby,5, 39, 40, 41, 42, 81, 85
buts,1, 10, 11, 57
capacité d'intimité,5
capacités d'apprentissage,67, 78
capacités parentales,7, 8, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 29, 30, 39, 44, 46, 53, 54, 62, 65, 66, 67, 68, 74, 75, 81, 82, 85, 98, 102, 103
Caron,i, 36, 85
Chambre de la jeunesse,68
charge de travail,9
clarification du projet de vie,68
climat familial,55
cliniciens,8, 12, 42
clivage,46, 52
comité aviseur,63, 64, 69, 77
compétences parentales,1, 12, 13, 19, 31, 53, 54, 56, 57, 58, 66, 67, 81, 98, 100, 101, 102
compétition,55, 56, 60, 65, 78
concept de soi,6, 33
conception du programme,3
conditions de pratique,9
confiance en soi,5, 78
conflit de loyauté,60, 65, 66, 68, 70
congruent,55, 75
consistant,55
contacts parents-enfant,1, 31, 59, 62, 64, 66, 67, 69
contingence,55
continuité,6, 7, 10, 36, 37, 56, 64, 74, 78, 79
découvertes,7, 49, 56, 77
déficience intellectuelle,72
déficit de l'attention avec hyperactivité,72
dénigrement,46
dépendance,6, 78, 91
dépendance chronique,6
dépistage,i, 3, 12, 17, 18, 29, 39, 89, 97
 dépistage précoce,39
 Grille de dépistage,3, 17, 18, 29, 87, 89, 97
déplacements,46, 63, 77, 79, 109, 114
dépression chronique,6
dépression majeure,42, 71, 72
dérive,1, 5, 6, 7, 10, 12, 17, 31, 33, 34, 36, 59, 82, 85, 89, 93
Desgagnés,57
désir de réparation,71, 73
désir d'enfant,73, 76
désir fusionnel,72
détachement,6
deuil relationnel,74
développement
 développement d'un lien d'attachement,31, 39
 développement de la sensibilité parentale,46
 développement des compétences parentales,53
 développement du cerveau,40, 49
 développement identitaire,1, 31, 33, 85
diagnostics,73
dilemmes moraux,79
discontinuité,9, 10, 76
dissociation,42
distance thérapeutique,9
données cliniques,3, 14, 30
doute,76
dyade,30, 43
éducateur,50, 56, 57, 61



- éléments de preuve,13
- émotions,7, 8, 9, 36, 41, 45, 52, 55, 56, 61, 62, 71, 108, 121
- enfant parentifié,78
- engagements,13, 19, 20, 21, 99, 100, 101, 102
- entité distincte,55
- estime de soi,6, 69
- état d'anxiété,61
- états affectifs,56
- Éthier**,43
- évaluation
 - évaluation de l'expérimentation,3, 14
 - évaluation du lien d'attachement,43
 - outils d'évaluation,3, 14, 39
 - rapport d'évaluation,3, 99
- expériences relationnelles précoces,74
- exploration,44, 56
- facteurs cliniques,7
- facteurs de risque,13, 42, 92
- facteurs organisationnels,9
- faculté d'empathie,75
- famille d'accueil,35, 37, 50, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 76, 79, 82, 99, 103, 104, 133
- Fonagy**,42, 85
- formation,i, ii, 7, 8, 9, 12, 29, 30, 33, 39, 42
- Fraiberg**,46, 85
- fratrie,1, 31, 36, 59, 70, 71, 77, 78, 79, 92
- fusion,78
- grands-parents,59, 70, 75, 76, 114, 116, 122
- guide pour l'intervention,33, 46
- habiletés parentales,54, 81
- habiletés sociales,78
- hallucinations auditives,71
- histoire de vie,34, 36
- histoire personnelle,34, 75
- histoire socio-biologique,36
- hôpital Sainte-Justine,12, 18, 29
- Hugues**,43
- hypothèse pronostique,18, 19, 21, 54
- ICBE,81
- idéalisation,46, 64, 78
- identification aux parents,9, 75, 76
- identité,33, 34, 35, 36, 54, 64, 78, 85
- idéologie du lien du sang,7, 8, 71, 73, 74, 75, 76, 82
- incapacité parentale,39
- individualisation,78
- instabilité psychomotrice,72
- intellectualisation,46
- intentions,9, 12, 55, 74, 108
- interdits,55
- intérêts de l'enfant,9, 12
- intervenant,6, 7, 8, 9, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 37, 42, 43, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 89, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 121, 122, 123, 129, 133
- intervention
 - balises liées à l'intervention,31
 - conception de l'intervention,10
 - étapes de réalisation de l'intervention,3
 - intensité d'intervention,9
 - modèle d'intervention,3, 46
 - plan d'intervention,13, 17, 18, 19, 20, 59, 60, 64, 67, 70
- isolation,46
- judiciaire,6, 7, 8, 9, 13
- juge,7, 8, 9
- jugement clinique,8, 9, 17, 43, 89
- jumelage,77
- Krupka**,49
- Lieberman**,43, 86
- lien fantasmatique,76
- liens psychologiques,8
- limite des ressources,9, 79
- livre de vie,34, 36, 37, 133
- logique,1, 11, 14, 19
- loi,76, 81
- maladie mentale,71
- manifestations autistiques,72
- manque de ressources,6, 7, 79
- maturation psychique,78
- Meaney**,49, 86
- meilleur intérêt de l'enfant,8, 9, 77
- milieu familial substitut,75
- milieu substitut,76
- modeling,48
- modification des représentations internes,46
- moindre mal,7
- monitoring des données,10, 14, 18, 30
- multiples déplacements,36
- négligence,6, 11, 47, 62, 72, 82, 85
- neurones,40
- objectif,1, 3, 10, 11, 12, 14, 19, 20, 36, 51, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 121, 122
- obligation de résultat,77
- observation,9, 29, 30, 42, 43, 44, 47
- origine du programme,3
- outil de gestion de l'information,10
- Paquette**,1, ii, 5, 6, 33, 40, 42, 44, 46, 53, 66, 71, 77, 85, 86, 121
- Parent**,49, 86
- parent psychologique,7, 8
- parents adoptifs,63, 69
- parents d'accueil,35, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 129
- parents naturels,6, 7, 8, 11, 35, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 74, 77, 79, 82
- parents psychologiques,35, 63, 65
- parents substituts,6, 35, 65
- pathologie fixée,73
- patrimoine historique,34
- Pederson et Moran**,18, 30, 107
- périodes critiques,40
- permanence,11, 36, 53, 77, 81
- permanence du projet de vie,11
- persécution,71
- pertes,78, 85
- placement à long terme,60, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69
- placements,6, 11, 82, 89, 90, 92
- porte-bébé,49



- position défensive des parents,46
postulats théoriques,10, 11, 14
potentialité,53, 81
premier placement,62
preuve crédible,13
primauté des intérêts de l'enfant,12, 18, 19
principes éducatifs,33
problématique,1, 3, 5, 10, 11, 14, 31, 46, 57, 63, 67, 70, 77
problèmes
 chronicité des problèmes,68
 problèmes conjugaux,66
 problèmes de personnalité,66
 problèmes organisationnels,66
processus
 processus cliniques,3, 8, 12
 processus de changement,78
 processus de deuil,5, 64, 75
 processus de socialisation,5, 78
projection,55
projections massives,71, 72
projet de vie,5, 6, 11, 12, 82
pronostic,17, 24, 46, 65, 98, 103
Provost,6, 40, 42, 44, 46, 77, 86
psychopathologie,42
psychose blanche,72
Q-Set,12, 18, 19, 20, 21, 29, 30, 39, 46, 86, 111, 113
Q-Sort,12, 18, 19, 20, 21, 29, 30, 39, 46, 85, 99, 103, 105, 107
quête d'identité,76
rage persistante,6
recommandations,3, 13
régulation interne du bébé,56
rejet,5, 55, 72, 78, 92, 107
relation d'aide,73, 75
relation fusionnelle,72, 78
repères cliniques,9
répression d'affects,46
résolution de conflits,55
retrouvailles,74
risque d'abandon,3, 17, 89
rivalité,70, 78
rocking,44
routines,50, 55
Rycus,43
saisie des données,30, 97
séparation,1, 7, 41, 42, 44, 65, 66, 69, 71, 72, 75, 76, 78, 79, 85
signaux de communication,56
situation étrangère,40, 42
socialisation,5, 6, 40, 44, 54, 56, 86
soutien,9, 13, 29, 30, 37, 49, 57, 58, 62, 78
stabilité parentale,79
St-Antoine,ii, 6, 39, 40, 42, 44, 46, 50, 77, 86
Steinhauer,ii, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 18, 20, 21, 33, 39, 40, 43, 44, 46, 50, 62, 63, 66, 74, 85, 86, 98, 102
stimulation du langage,56
stimulation précoce,76
stratégies comportementales,42
stress,40, 41, 42, 56, 57, 78
structures psychiques,71
substituts parentaux,6
suivi de gestion,3, 97
supervision,9, 55, 60, 61, 66, 91
symptômes,5, 6, 54, 83
synchronie affective,49
syndrome d'influence,71
systèmes sociaux,6, 7
table d'accès,12, 18, 99
Table des DPJ,3
tableaux de bord,18, 19, 30
tabou de l'abandon,71, 73
tâche développementale,33
techniques reproduction,73
témoignage,9, 13
théorie d'action,1, 10, 11, 14
théorie du programme,10
théorie sur le problème,1, 5, 11, 14
toxicomanie,42, 54, 81
trahison,9
transport,61
tribunal,8, 13, 60, 99
trouble bi-polaire,42
trouble de l'attachement,51, 52, 79
troubles autistiques,73
troubles caractériels,72
troubles de l'attachement,39, 50, 51, 79
troubles mentaux,71
troubles psychosomatiques,72
valeur prédictive,14
Van den Boom,49
vie psychique,64
visites supervisées,59, 61
volonté,8, 54, 67, 74, 82, 89, 98, 103
Waters,19, 30, 86, 113
Zeanah,6, 43, 86